

# 15de vergadering

Donderdag 28 oktober 1999

Aanvang 10.15 uur

## Voorzitter: Van Nieuwenhoven

Tegenwoordig zijn 129 leden, te weten:

Van den Akker, Albayrak, Apostolou, Van Ardenne-van der Hoeven, Arib, Atsma, Augusteijn-Esser, Bakker, Van Baalen, Balemans, Balkenende, Barth, Van Beek, Belinfante, Van den Berg, Biesheuvel, Bijleveld-Schouten, Blaauw, Van Blerck-Woerdman, Blok, Van Bommel, Bos, Brood, Buijs, Bussemaker, Van de Camp, Cherribi, Crone, Dankers, Van Dijke, Dijkstal, Dittrich, Van den Doel, Duijkers, Duivesteijn, Eisses-Timmerman, Essers, Eurlings, Feenstra, Geluk, Van Gent, Van Gijzel, Giskes, Gortzak, De Graaf, De Haan, Hamer, Harrewijn, Hermann, Herrebrugh, Hessing, Hindriks, Van der Hoek, Van der Hoeven, Hofstra, De Hoop Scheffer, Kamp, Kant, Karimi, Klein Molekamp, Van der Knaap, Kuijper, Lambrechts, Leers, Luchtenveld, Marijnissen, E. Meijer, Th.A.M. Meijer, Melkert, Middel, Mosterd, Nicolai, Niederer, Van Nieuwenhoven, Noorman-den Uyl, Oplaat, Örgü, Oudkerk, Van Oven, Passtoors, Patijn, Rabbae, Ravestein, Rehwinkel, Reitsma, Van 't Riet, Rietkerk, Rosenmüller, Ross-van Dorp, Rouvoet, Santi, Scheltema-de Nie, Schimmel, Schoenmakers, Schreijer-Pierik, Schutte, Smits, Spoelman, Van der Staaïj, Van der Steenhoven, Stellingwerf, Stroeken, Swildens-Rozendaal, Terpstra, Timmermans, Udo, Ter Veer, Te Veldhuis, Vendrik, Verbugt, Verburg, Visser-van Doorn, Van der Vlies, Van Vliet, Voorhoeve, M.B. Vos, Voûte-Droste, De Vries, Waalkens, Wagenaar, Van Walsem, Weekers, Van Wijmen, Wijn, Wilders, De Wit, Witteveen-Hevinga, Van Zijl en Van Zuijlen,

en de heren Kok, minister-president, minister van Algemene Zaken, Van Aartsen, minister van Buitenlandse Zaken, mevrouw Borst-Eilers, vice-minister-president, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de heren Benschop, staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, Cohen, staatssecretaris van Justitie, Vermeend, staatssecretaris van Financiën, en mevrouw Vliegenthart, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mede, dat zijn ingekomen berichten van verhindering van de leden:

Kalsbeek-Jasperse en O.P.G. Vos wegens bezigheden elders;

Santi, wegens bezigheden elders, alleen voor de avondvergadering;

Dijksma, wegens verblijf buitenslands.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Invoering van een verbod tot het vervaardigen, voorradig hebben en verspreiden van drukwerken of andere voorwerpen die, in verband met de invoering van de euro, ten onrechte de indruk zouden kunnen wekken dat zij wettig betaalmiddel zijn, alsmede aanpassing van het Wetboek van Strafrecht (26492).**

Dit wetsvoorstel wordt, na goedkeuring van de onderdelen, zonder

beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

---

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2000 (26800-XVI).**

(Zie vergadering van 27 oktober 1999.)

De **voorzitter**: Door mij zijn schriftelijke antwoorden ontvangen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen gesteld in eerste termijn. Deze antwoorden zullen worden opgenomen in een bijvoegsel bij de Handelingen van deze vergadering.

(Het bijvoegsel is opgenomen aan het eind van deze editie.)<sup>1</sup>

De algemene beraadslaging wordt hervat.

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw de voorzitter! Ik dank de woordvoerders voor hun bijdragen in eerste termijn. Zij hebben allen in verschillende bewoordingen het belang onderstreept van volksgezondheid, zorg, welzijn en sport voor onze samenleving. Op opmerkingen en vragen van feitelijke aard hebben wij inmiddels zoveel mogelijk schriftelijk gereageerd. Dit maakt het mij en de staatssecretaris mogelijk om mondeling op de hoofdpunten in te gaan. Na een algemene inleiding ga ik in op de vragen over het thema sturing, verantwoordelijkheid en

## Borst-Eilers

meerjarenafspraken. In het volgende blok behandel ik de arbeidsmarkt. Op dit terrein zijn veel schriftelijke antwoorden verstrekt. In het derde blok zijn de medisch-ethische vraagstukken aan de orde en in het vierde het patiëntenbeleid. Ik sluit af met het thema preventie.

Aan de vooravond van een nieuw millennium kunnen wij vaststellen dat gezondheid de Nederlanders misschien wel meer dan ooit bezighoudt. Voor een deel komt dat door onze welvaart. Daardoor zijn ook de verwachtingen over de kwaliteit van het leven hoger geworden. Maar het komt ook omdat wij allemaal ouder worden. Dat confronteert bijna iedereen in zijn eigen omgeving zeer indringend met de groeiende vraag naar verzorging en verpleging van hoogbejaarde mensen. De voortschrijdende technologische ontwikkeling in de gezondheidszorg leidt tot nieuwe diagnose- en behandelmogelijkheden en dus tot meer vraag. Patiënten spelen daar ook steeds vaker actief op in. Soms leiden die nieuwe mogelijkheden tot nieuwe dilemma's in kwesties van leven en dood. Mensen staan ook steeds meer stil bij de veiligheid van hun voedsel en de veiligheid van hun leefomgeving.

Onze gezondheid en onze gezondheidszorg staan dus hoog op de agenda. Dat blijkt ook uit de bereidheid van Nederlanders om daar een prijs voor te betalen; in geld wel te verstaan. Nog steeds te weinig mensen zijn bereid om ook de eigen leefwijze zo aan te passen dat de kans op gezond oud worden toeneemt. Toch wil ik dat graag blijven bevorderen, want voorkomen blijft immers beter dan genezen.

Ook Paars II heeft prioriteit gegeven aan de volksgezondheid. Zoals men weet, vertaalt zich dat in 5,6 mld. extra in deze kabinetsperiode. Volgend jaar is dat in volumetermen 1,4 mld. Het nominale bedrag voor het jaar 2000 is 3,1 mld. Niet eerder was er zoveel ruimte voor groei. Men kan zich altijd afvragen of dit wel voldoende is of zeggen dat dit niet voldoende is. In een volgende kabinetsperiode komt de vraag naar het juiste groeipercen-tage ongetwijfeld weer op tafel, maar voor deze periode geldt dat de staatssecretaris en ik vooral geïnteresseerd zijn in een goede besteding van de beschikbare financiële ruimte, want dat is wat patiënten, cliënten, personeel en

zorginstellingen van ons vragen: resultaten!

Ik maak thans enige opmerkingen over de sturing van verantwoordelijken, de meerjarenafspraken en bureaucratie. Mevrouw Dankers zette zwaar in op het terugdringen van bureaucratie in de zorg. Ik vat haar hartenkreet zo samen: regels, regels en nog eens regels smoren de creativiteit en het eigen initiatief van mensen, of het nu gaat om patiënten of werknemers. Ze gaf voorbeelden die haar tot de vergelijking brachten van een centraal geleide economie. Even hoorde ik op de achtergrond de heer Blankert die de gezondheidszorg in een nogal retorisch interview vergeleek met de planeconomie in de voormalige Sovjet-Unie.

Ook mevrouw Van Blerck heeft met de sturingsvraag als invalshoek indringende opmerkingen gemaakt over de "regulatuur" in de zorg. Bij dit soort opmerkingen hoor ik daarachter de vraag, en misschien wel de vrees, of wij ons stelsel van gezondheidszorg nog wel beheersen. Sturen de politici zelf het nog wel in de richting van de doelstellingen waarvoor wij met elkaar dat hele systeem hebben opgesteld?

Ik hanteer hetzelfde uitgangspunt als mevrouw Dankers in andere woorden: inderdaad gaat het om de zorg voor mensen. Zorg en het systeem moeten worden gemeten naar de menselijke maat. Worden de mensen daar beter van en is de zorg zodanig ingericht dat dit voor hen doorzichtig en toegankelijk is? Heeft de burger nog zicht en greep op dat systeem? Of verdwaalt hij tussen de bomen in ons grote ingewikkelde zorgbos? Gaan wij bij de menselijke maat nog wel uit van solidariteit tussen jong en oud, tussen gezond en ongezond, tussen rijk en arm? Mag ik het CDA-discussiestuk over het stelsel ook op die solidariteit toetsen?

Ik volg mevrouw Dankers en anderen in de stellingname dat een aantal elementen in de regelgeving verstarrend werkt en dat het wettelijke instrument zich soms lijkt te keren tegen het maatschappelijke doel in plaats van het mogelijk te maken. Denk aan de WZV-regelgeving, de AWBZ en de schotten tussen de compartimenten en instellingen en aan de geringe flexibiliteit tussen en binnen die compartimenten. Daar hebben instellingen en burgers nodeloos last

van en dat moet dus worden opgeschoond.

Het kabinet onderkent dit en werkt daaraan. Zo zijn daarover in het regeerakkoord concrete afspraken gemaakt die beide compartimenten betreffen. Leest u het maar na. De staatssecretaris en ik werken die afspraken uit. Uiteraard maken wij daarbij goed en intensief gebruik van adviezen van de Raad voor volksgezondheid en zorg over maatschappelijk ondernemerschap en vele andere organisaties. De adviezen van de Raad voor volksgezondheid en zorg worden goed gebruikt, maar niet altijd direct na het verschijnen. Met de raad hebben wij hierover een goed gesprek gevoerd en het blijkt dat de Raad niet ontevreden is over wat met de adviezen gedaan wordt. Het kan echter wel eens even duren voordat het moment zich aandient om ze te implementeren.

**Mevrouw Van Blerck-Woordman (VVD):** Mijn opmerkingen waren mede ingegeven door wat zich rondom de Bijlmerenquête heeft afgespeeld. Wellicht herinnert u zich mijn inbreng van toen. Deze inbreng was toegespitst op de vraag waar de minister verantwoordelijk voor is en waarop zij stuurde. Bij een ramp spelen zich natuurlijk onvoorziene gebeurtenissen af, maar er kwamen onthutsende zaken naar voren waar de minister uiteindelijk verantwoordelijk voor werd gesteld, terwijl dat in het veld van de volksgezondheid anders ligt.

**De voorzitter:** Mevrouw Van Blerck, dit is een heel slecht begin van de eerste interruptie van deze dag. Dit is namelijk een betoog en zo moeten wij vandaag niet voortgaan. U kunt de minister nu direct aanspreken op wat u wilt, maar laat iedereen ter harte nemen dat het vandaag zo niet gaat.

**Mevrouw Van Blerck-Woordman (VVD):** Dat begrijp ik. Mijn laatste vraag is was dan ook: wat vindt de minister hiervan? Volgens mij heeft zij mij al wel begrepen.

**Minister Borst-Eilers:** Ik kom er dadelijk nog even op terug als ik de verantwoordelijkheden bespreek. Kort samengevat, komt het erop neer dat wij inderdaad een gezondheidszorg hebben die wat de verantwoordelijkheden betreft niet echt te ingewikkeld in elkaar zit. De

## Borst-Eilers

verantwoordelijkheden liggen wel op verschillende plaatsen. Het systeem wordt voor het grootste deel met publiek geld gefinancierd, maar de uitvoerders van die zorg zijn allemaal private instellingen. Er is hier in Den Haag niet een soort commandotoren boven het hele systeem. Dat is wel het geval bij een nationaal gezondheidszorgsysteem. Als wij het hebben over crises en rampen, ligt er een heel belangrijke verantwoordelijkheid bij het plaatselijk bestuur, bij de gemeenten. Op papier is alles glashelder, maar in de beeldvorming en de verwachtingen bij de burgers ligt het vaak wat anders. Het gebeurt wel eens dat er in de uitvoering van de zorg iets verkeerd gaat. Ik las vanmorgen in de krant toevallig iets over een patiëntje, een kleutertje, dat overleden is. De mensen in het land hebben dan de neiging, naar Den Haag te kijken en speciaal naar mij persoonlijk. Ik denk dat de verantwoordelijkheden niet zo onduidelijk geregeld zijn, maar dat wij wel iets meer moeten doen om aan te geven waar men moet zijn met een probleem, niet op een verdedigende manier, maar op een "uitleggende" manier.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Voorzitter! Ik hoop dat de minister hier in een later stadium nog even op terugkomt. Ik ben van mening dat ook de minister in een eerder stadium duidelijk moet zijn over wat wel en wat niet tot de verantwoordelijkheden behoort. Ik denk dat de bevolking daar meer mee gediend is dan met zaken die blijven hangen. In de beantwoording van de minister beluisterde ik dat zij dit ook aangaf.

Minister **Borst-Eilers**: Ik denk dat het een goede suggestie is om bij acute zaken die zich voordoen, aan de hand daarvan de verantwoordelijkheden nog eens duidelijk te schetsen. Maar waar een andere partij verantwoordelijk is, is het belangrijk dat die partij naar voren komt en zegt: dit is mijn zaak. Ik herinner mij het tekort aan verpleegkundigen bij de afdelingen neonatologie. Er stonden toen veel stukken in de krant over ernstige tekorten. De Vereniging academische ziekenhuizen is toen naar voren gekomen en heeft gezegd: geachte burgers, wij zijn verantwoordelijk voor het opleiden van deze verpleegkundigen, wij zijn te kort geschoten en wij gaan

de opleidingen intensiveren. Ik heb dat zeer gewaardeerd. Het verhaal was ook direct weg. Het is fantasistisch als de verantwoordelijke partijen zelf even uit de coulissen stappen. Maar ja, als het gaat om een probleem, houdt men zich graag wel eens wat gedeisd. Dan vindt men het allang mooi dat alle pijlen naar Den Haag worden geschoten.

Ik zal nog even iets zeggen over de verschuiving en verheldering van verantwoordelijkheden. Wij hebben een analyse van het huidige systeem gemaakt. Ik zei al dat wij in het regeerakkoord hierover het nodige hebben opgenomen. De opvattingen hebben geleid tot voorstellen en tot verschuiving en verheldering van verantwoordelijkheden. Die wordt voor een deel thans al gerealiseerd, voor een ander deel staat zij in de steigers, zoals het heet. Het gaat daarbij om de verschuiving van Den Haag naar de regio, maar ook naar verzekeraars en naar aanbieders. Hoewel de zorgnota nu nog niet aan de orde is, vraag ik de woordvoerders om hoofdstuk 8, pagina 142, van die nota nog eens op te slaan. Daar staat een schema dat ik zelf altijd graag gebruik om te laten zien hoe het werkt, wat de rol van de overheid is, wat de rol van de publieke zorgverzekeraars is en wat de rol van de private zorgaanbieders is. Ons uitgangspunt is dat anno 2000 de sturing in de gezondheidszorg niet louter een zaak is van de overheid, maar inzet vereist van alle betrokkenen. De achterliggende gedachte is dat, als de zorg dicht bij de patiënt is georganiseerd, dit de beste garanties biedt voor zorg op maat en zorg van goede kwaliteit. Dat geldt zeker in een tijd waarin het verlenen van zorg een complexe en multidisciplinaire bezigheid is geworden.

Er komt voor betrokkenen dus meer vrijheid van handelen bij de besteding van middelen, op voorwaarde dat zij zich richten op hun maatschappelijke taak, openheid van zaken geven, hun beleid laten toetsen en zo verantwoording afleggen. De publieke zorgverzekeraars doen dat volgens de regels van het publieke domein, de aanbieders doen dat primair in het private domein. Voor de aanbieders mag ik misschien even verwijzen naar de commissie-Meurs. Dat is een particulier initiatief geweest. Die commissie zal binnenkort aanbevelingen naar buiten brengen over

"good governance" en zal die mij ook aanbieden. Er mag inderdaad, zoals de heer Rouvoet zeer terecht opmerkte, tussen de verschillende partijen geen onhelderheid ontstaan over de diverse verantwoordelijkheden. Wij moeten onze verantwoordelijkheden duidelijk blijven uitdragen en blijven nemen. Ik noem met name het bepalen van kaders, het stellen van normen, het vaststellen van de regelgeving, spelregels in het onderlinge verkeer en financiële kaderstelling. Dat illustreert al dat het parlement het laatste woord heeft, want daarover beslist u uiteindelijk.

De heer **Rouvoet** (RPF): Voorzitter! Daar zat precies mijn zorgpunt. In de toelichting op de begroting kom ik voortdurend tegen, dat in het publieke domein men gezamenlijk tot prioriteitstelling en doelstellingenrealisatie komt. De minister maakt nu veel meer theoretisch een onderscheid tussen de overheid die publiek opereert en zorgaanbieders die privaot opereren. Mijn zorg is nu juist dat het in de praktijk al heel erg dooreenloopt. Daarop vroeg ik een reactie.

Minister **Borst-Eilers**: Zij opereren als private instellingen, maar wel met publieke middelen. Daarvoor hebben wij enige jaren geleden het mooie begrip "maatschappelijk ondernemen" bedacht. Dat wordt dan wel een gekoppeld aan de drie t's: trust – "vertrouwen" in het Nederlands – transparantie en toezicht.

Onze filosofie is dat je de private instellingen in de zorg veel beleidsvrijheid kunt geven omdat je hun vertrouwen wilt schenken, maar wel onder de randvoorwaarden van transparantie en toezicht. Transparantie betekent openheid, verantwoording afleggen en toetsbaar zijn. Zo moet het volgens ons werken.

De duidelijkste, maar ook de meest ver strekkende voorbeelden van deze wijze van sturen vormen natuurlijk de meerjarenafspraken in de zorg én de convenanten met sociale partners. Ik kom daarop terug bij het arbeidsmarktbeleid.

Vanuit ons sturingsconcept liggen onze analyses en beleidsvoornemens zowel ten aanzien van het eerste als het tweede compartiment nu bij u op tafel, mede gevoed vanuit de adviesorganen. Mevrouw Van Blerck heeft gevraagd, of er niet een nieuwe commissie van gezond denkenden



De heer Rouvoet (RPF)

moet komen die een analyse zou moeten geven van de huidige sturingsmechanismen. Ik denk dat wij dat stadium eigenlijk voorbij zijn. Nogmaals, er liggen analyses van de huidige situatie voor beide compartimenten. Voor het eerste vindt u dat in de nota Zicht op zorg, voor het tweede in de beleidsbrief voor het tweede compartiment. Die stukken heeft u gekregen. Mede op basis van die analyses zijn voor beide compartimenten onze voornemens bij u neergelegd. Het gaat nu naar onze mening om besluitvorming op grond van het parlementaire debat en vervolgens om uitvoering van het beleid zoals wij dat dan gemeenschappelijk overeenkomen.

Overigens is in de beleidsbrief over het tweede compartiment ook uitvoerig ingegaan op een vijftal samenhangende adviezen van de RVZ. Aangegeven is hoe deze tot dusver tot uiting zijn gebracht in het dossier. Die adviezen bevatten de nodige analyses van de huidige sturing in de gezondheidszorg.

Bestuurlijke ordening in beide compartimenten verschilt in de manier waarop en de mate waarin veranderingen worden voorgestaan. Het gaat bij beide steeds om doelmatiger zorg verlenen, beter aansluiten op de behoefte van de patiënt via transmuralisering, ketenvorming, flexibilisering van aanspraken en regionale ordening,

aanpakken wat nu nodig is en voor de toekomst opties openhouden voor het zorgstelsel, waar het regeerakkoord om vraagt. Dat is waarmee wij bezig zijn. Nogmaals, ik ben het met mevrouw Dankers eens, dat onnodige bureaucratie moet worden tegengegaan. Ik vind echter dat zij een wat overtrokken voorstelling van zaken heeft gegeven, want we lezen toch in de zorgnota dat de beheerskosten als percentage van de totale zorgkosten in de afgelopen vier jaar zijn gedaald van 3,6% naar 3,1%. De totale stijging is over die hele vier jaar minder dan 10% geweest. Dat is een wat ander beeld dat wat mevrouw Dankers naar mijn waarneming gisteren schiep.

Mevrouw **Dankers** (CDA): Voorzitter! Het gaat mij nu niet om de laatste woorden, hoewel ik bestrijd dat er werkelijk wat wordt gedaan om de systematiek minder bureaucratisch te maken. De minister kiest voor regionale ordening. Is die echt de oplossing om klantgerichter te werken? Wat zal er op regionaal niveau anders gebeuren dan op landelijk niveau als het gaat om horizontale beleidsvorming en het interactief werken? Wat vindt de minister voorts van het feit, dat er straks binnen de regio nog maar één "geketende" zorgaanbieder over is?

Minister **Borst-Eilers**: Ik beperk mij

even tot de curatieve zorg. Straks zal de staatssecretaris ingaan op enkele specifieke punten die de AWBZ betreffen. Bij de curatieve zorg en eigenlijk ook bij de samenwerking tussen curatieve zorg en care – daar zijn we vóór vanwege de continuïteit in de zorgketen – zie je, dat in regio's de aanbieders de handen ineenslaan en tot samenwerking komen. Sommigen gaan een stap verder en fuseren tot een grote instelling die de zorg aanbiedt. Wij houden dat wel goed in de gaten en bespreken de ontwikkelingen regelmatig met de patiënten-consumentenorganisaties. Die vragen zich natuurlijk ook wel eens af of er niet een monopolist ontstaat, waardoor de keuzemogelijkheid verdwijnt. Bij de curatieve zorg blijft het sowieso mogelijk je hulpverleners te kiezen. Vaak is het nu al zo, dat er eigenlijk maar één ziekenhuis voor je beschikbaar is, een ziekenhuis waar je altijd naar toe gaat. Daarom zou je op dat terrein ook al van monopolisten kunnen spreken. Toch is er in dergelijke gevallen altijd de vrije artskenoze, waar patiënten soms heel actief gebruik van maken. Men zou kunnen zeggen, dat er zich een zekere spanning voordoet. Enerzijds kan men ervan overtuigd zijn, dat als men niet breed met elkaar samenwerkt, nooit het continue zorgaanbod wordt gerealiseerd en dat de regio dan het meest voor de hand liggende terrein is. Anderzijds kan men vinden dat er nog wat te kiezen moet zijn en dat er iets van competitie over moet blijven. Inderdaad, daarbij is sprake van een spanningsveld.

Mevrouw **Dankers** (CDA): Voorzitter! Het stelt mij teleur dat de minister zegt: mevrouw Vliegthart zal straks wel iets zeggen over de care. Ik kan mij dat ook wel enigszins voorstellen, omdat beide bewindslieden een beleidsterrein hebben. Bij mij doemt dan toch het beeld op dat mevrouw Van Blerck gisteren schetste toen zij sprak over de auto met de twee sturen die op een gegeven moment uit elkaar brak. Waar het mij om gaat is, dat de fusies gewoon doorgaan en er dus één club overblijft. De vrijheid van artskenoze is er ook niet als de schaarste blijft toenemen. Werkelijk keuzevrijheid hebben, ook in de manier waarop je kunt leven als je langdurige zorg nodig hebt, zie ik bij die zogenaamde regionale ordening niet gestalte krijgen. Hoe



## Borst-Eilers

denkt de minister de fusies tegen te houden en te voorkomen dat er één monopolist overblijft?

Minister **Borst-Eilers**: Het gaat om de vraag of de patiënten het ook als zodanig beleven en zij de indruk hebben dat er een monopolist is waaraan zij overgeleverd zijn. Dat hoeft niet automatisch het gevolg te zijn van het samenvloeien van allerlei instellingen. Ik verwijs absoluut niet naar het antwoord van mevrouw Vliegthart in de verwachting dat zij wel wat anders zal zeggen. Wij zijn twee zielen, maar één gedachte, dus er is ook maar één stuur waaraan wij gezamenlijk in volle vrede draaien om, als dat nodig is, van koers te veranderen. Het is evenwel goed om bij deze begrotingsbehandeling ieder het eigen beleidsterrein te laten toelichten. Ik heb op mijn eigen beleidsterrein, de geestelijke gezondheidszorg, heel duidelijke voorbeelden. Laatst was ik op een werkbezoek in Dordrecht. Alle GGZ-aanbieders hebben één geheel gevormd. Ik ben tijdens mijn bezoek evenwel buitengewoon tevreden cliënten tegenkomen. Zij vertelden dat het eindelijk afgelopen was met situaties waarin men tussen wal en schip viel of van het kastje naar de muur werd gestuurd.

Mevrouw **Dankers** (CDA): Bent u ook de ontevreden cliënten tegengekomen?

Minister **Borst-Eilers**: Ik vraag altijd om een gesprek met de cliëntenraad waarbij de directie en het personeel niet aanwezig zijn. Dat is bij mij standaard bij een werkbezoek. Als er ontevreden waren en als die niet gezegd hebben dat zij ontevreden waren, is dat hun verantwoordelijkheid.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Voorzitter! Als ik het goed begrijp, is het de bedoeling dat het sturingsconcept terug te vinden is in de vernieuwing van de AWBZ en in de beleidsbrief over de vernieuwing van het tweede compartiment.

Minister **Borst-Eilers**: Ja.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik heb overigens die strip bij me met het verhaal over de auto met de twee sturen. Het is een heel aardige strip. Ik vind het echter

jammer als de staatssecretaris daar straks op ingaat. Ik bewaar dat liever tot de behandeling van de zorgnota. Dan kan het allemaal in één keer, want anders krijg ik weer zo'n gesplitst verhaal. De minister weet dat wij het helemaal niet eens zijn met de sturingsconcepten in de nieuwe AWBZ en dus ook niet met de regionalisering.

De **voorzitter**: Ik blijf even streng, want dit is uw opvatting, mevrouw Van Blerck.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik vroeg de minister of de sturingsconcepten alleen zijn terug te vinden zijn in de AWBZ-brief en de nota over het tweede compartiment.

De **voorzitter**: Dat vind ik prima, maar u zegt dat u die kwestie liever behandelt bij de discussie over de zorgnota. Dat zijn echt opmerkingen voor de tweede termijn. Ik zeg dat even, omdat wij aan het begin van de dag staan. U hoeft echter niet met mij in discussie. Wij laten de minister haar betoog nu verder vervolgen.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Reden temeer om het de volgende keer in één keer te doen.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Daar zijn wij ook een warm voorstander van.

Ik keer terug naar het beeld van de auto. Wij zitten met zijn drieën in één auto. Die auto heet: de Paarse coalitie. Die coalitie heeft een regeerakkoord geschreven, waarin staat hoe het zal gaan met de sturing in de gezondheidszorg wat betreft het eerste en het tweede compartiment. De staatssecretaris en ik voeren dat uit, in harmonie met het regeerakkoord en in harmonie met elkaar. Hoe wij dat doen, dat staat in de stukken.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Voorzitter! De minister zei iets interessants over de sturing. Niet alleen de overheid moet dat doen. Alle betrokkenen moeten zich daarvoor inzetten. Het moet dicht bij de zorg. Er moet zorg op maat komen. Ik neem aan dat de minister dan ook doelt op de betrokkenheid van de op de regio gerichte verzekeraar. Is dat correct?

Minister **Borst-Eilers**: Ja zeker. In het kader van de meerjarenafspraken

wil ik de rol van de patiënten daarbij onderstrepen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Hoe verhoudt zich dit tot het interessante advies – zo noemde de minister het – van de heer De Vries inzake de medicijnen? Daarin richt de verzekeraar zich ten aanzien van het medicijnenbeleid volgens mij helemaal niet meer op de regio.

Minister **Borst-Eilers**: Het rapport van de commissie-De Vries komt inhoudelijk wellicht nog aan de orde bij de bespreking van de zorgnota.

Ik heb schriftelijk al aangegeven wat de besluitvormingsprocedure terzake is. In het rapport van de commissie-De Vries staat – dat is eigenlijk een uitwerking van een aspect van het regeerakkoord – dat in de regio FTTO's, de bekende farmacotherapeutische transmurale overleggen, tot stand moeten komen. Die FTTO's stellen formularia op. Tot zover is dat nog steeds het plan-Koopmans, omarmd door ons beider regeerakkoord. De commissie-De Vries zet als het ware nog een stap daarnaast. In het plan-Koopmans gaat het erom iedereen vrijwillig rond de tafel te krijgen, wellicht via enige financiële incentives. Vervolgens moet men een regionaal formularium opstellen, net zoals ieder ziekenhuis een eigen formularium heeft. Daar houdt men zich vervolgens aan. In het rapport van de commissie-De Vries staat dat dit een tikkeltje minder vrijwillig gebeurt. Als het formularium er ligt, dan zegt de verzekeraar: "Dit hebben jullie met elkaar afgesproken. Ik ga jullie daar nu aan houden, in die zin dat ik het niet meer vergoed als jullie daarbuiten gaan, tenzij jullie met een goed verhaal komen." Overigens vind ik dat bij die FTTO's ook de patiënten en consumenten moeten worden betrokken. Als je de volgende stap zou zetten naar de zorgverzekeraar, dan moet er ook een financieel schot tussen, maar dat is een reden temeer om de patiënten en consumenten erbij te betrekken.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik zal niet inhoudelijk op het rapport van de commissie-De Vries ingaan. Mijns inziens is er sprake van een tegenstelling tussen de inzet van de minister, ook de mijne, als het erom gaat dat partijen goed samenwerken, dat de zorg dicht bij huis plaatsvindt en dat er zorg op maat plaatsvindt,

## Borst-Eilers

vlak bij de burger – in sommige regio's zijn de verzekeraars er goed bij betrokken – en het gestelde terzake door de commissie-De Vries. Dat gaat de andere kant uit. Wij praten daar nog over, maar ik constateer wat dat betreft een duidelijke tegenstelling.

Minister **Borst-Eilers**: Ik verheug mij nu reeds op het debat daarover.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter! Ik heb een vraag gesteld naar aanleiding van een van de schriftelijke antwoorden van de minister over de verantwoordelijkheden in de AWBZ. Ik had gevraagd naar de juridische discrepantie, want de ene rechter zegt dat je niet bij de minister moet zijn, maar bij het zorgkantoor, terwijl de andere rechter zegt dat je niet bij het zorgkantoor moet zijn, maar bij de minister. De formele verantwoordelijkheden staan keurig in het antwoord: "Indien de verzekerde ontevreden is, moet hij zich wenden tot het zorgkantoor." Het zorgkantoor beroept zich echter op overmacht in financiële zin. Wat moeten wij dan?

Minister **Borst-Eilers**: Het is goed gebruik dat wanneer iets onder de rechter is, het kabinet zich onthoudt van uitspraken daarover. De rechter zal op 29 oktober uitspraak doen. Ik ben het overigens met mevrouw Hermann eens dat hier een heel interessant punt aan de orde is.

Mevrouw de voorzitter! Wie met 5,6 mld. op zak langskomt, is een interessante gesprekspartner en kan ook de nodige eisen stellen. Dat hebben wij dan ook gedaan. Wij hebben deze financiële ruimte gebruikt om zogenoemde meerjarenafspraken met het veld te maken over geld en prestaties. De Kamer heeft die meerjarenafspraken kunnen lezen of heeft, zoals mevrouw Van Blerck, een poging gedaan om die te lezen, waarbij zij op blz. 3 is gestrand. Dat laatste vind ik jammer en verbaast mij ook een beetje, maar ik trek het mij natuurlijk wel aan. Naar ons oordeel geven die meerjarenafspraken heel duidelijk aan, welke partij wat zal presteren tegen welke prijs en wanneer. Maar je kunt je natuurlijk altijd voornemen om nog beter en helderder te formuleren en dat zullen wij dan ook graag doen.

Mevrouw Van Blerck was kritisch over de manier waarop de meer-

jarenafspraken uitpakken. Dat ze hun doel voorbij zouden schieten, is niet onze opvatting. Er zijn natuurlijk wat kinderziektes, maar dat ligt voor de hand. De Kamer heeft daar gelukkig ook oog voor. Dat er soms wat meer rompslomp bij te pas komt in het begin dan wij zouden willen, daar hoeft ook niemand van op te kijken. Het is toch een prijs die wij op het ogenblik blijmoedig betalen voor de ontwikkeling van een duurzaam draagvlak voor beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering. Dat draagvlak is nodig om tot resultaten te komen. De akkoorden en de convenanten uit de afgelopen jaren vormen de investeringskant van onze aanpak. In de komende periode zal die aanpak vruchten moeten gaan afwerpen en dat zal ook gebeuren. Concrete resultaten beginnen al zichtbaar te worden.

Ik geef het voorbeeld van de invoering van het elektronisch voorschrijfsysteem bij huisartsen waarover eind 1998 in het najaarsrapport afspraken zijn gemaakt die nader zijn uitgewerkt in het convenant huisartsenzorg. Inmiddels vindt de daadwerkelijke uitvoering plaats. Naar verwachting beschikken eind volgend jaar alle 7000 huisartsen over dat elektronisch voorschrijfsysteem. Ze moeten het vervolgens dan nog allemaal gaan gebruiken. Er is een financiële incentive ingebouwd. Als de huisartsen de beloofde besparing op de geneesmiddelen uitgaven halen, gaat een deel daarvan naar hun eigen praktijkondersteuning. In de regio of lokaal kan een zorgverzekeraar natuurlijk ook nog die incentive lokaal versterken, door gebruik van het EVS vanuit zijn positie financieel te honoreren. Hetzelfde geldt trouwens voor deelname aan het FTTO. Dit is maar een voorbeeld, maar het kan niet anders dan dat er nog vele zullen volgen.

Meer in het algemeen berusten de meerjarenafspraken op twee gedachten. Het extra geld moet allereerst besteed worden aan de knelpunten waar de patiënt het meeste last van heeft, te weten de wachtlijsten en de werkdruk. Een en ander moet inzichtelijk gebeuren; prestaties moeten zoveel mogelijk meetbaar zijn en er moet op kunnen worden afgerekend. Het tweede uitgangspunt is een goed werkend gezondheidszorgsysteem dat berust op samenwerking. Ik heb het dan over samenwerking tussen partijen

in een regio, waar ik uitdrukkelijk ook de patiëntenbeweging toe rekenen. De patiënten waren immers ook betrokken bij het sluiten van de landelijke akkoorden. Het gaat echter ook om samenwerking tussen overheid en veld, ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid. Hoewel ik wel eens korte tijd een verschil van inzicht heb met een koepel of een beroepsgroep, is het mijn stellige overtuiging dat wij de gezondheidszorg alleen verder kunnen brengen als wij de strijdbijlen begraven en samen tot afspraken komen. Samenwerken in verantwoordelijkheid, ik meen dat de tijd daarvoor rijp is. Volgens de Amerikaanse filosoof Francis Fukuyama is het zelfs de trend van de volgende eeuw. Mensen willen weer orde en niet elkaar het hoofd inslaan, aldus Fukuyama.

Ik voel mij in mijn overtuiging over deze aanpak gesteund door de resultaten die wij inmiddels geboekt hebben. In de curatieve zorg is echt sprake van een kentering in de lengte van de wachttijden. Ik verwijs hiervoor naar het schriftelijk antwoord op de vraag van mevrouw Van Blerck over de resultaten van de wachtlijstaanpak in de cure. Voor alle ingrepen wordt binnenkort in overleg met de verzekeraars een norm gesteld en in 2002 moeten wij in de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg op die norm zitten.

De werkdruk is een ander belangrijk thema in de meerjarenafspraken. In de verschillende CAO's voor de zorgsector zijn afspraken op dit terrein gemaakt, bijvoorbeeld over een grotere aandacht voor het tegengaan van ziekteverzuim en verbetering van het personeelsbeleid. Bij het onderwerp arbeidsmarkt kom ik hier nog uitvoerig op terug. Dankzij de meerjarenafspraken kunnen wij nu ook afrekenen op prestaties. Als toegezegde prestaties niet worden waargemaakt, moet dat gevolgen hebben voor de toewijzing van de extra intensiveringsmiddelen in het volgende jaar. De middelen voor demografische groei laat ik daar even buiten, want die zijn autonoom.

De heer Rouvoet vroeg zich af hoe het maken van de meerjarenafspraken zich verhoudt tot het primaat van de politiek. Met de nieuwe bestuurlijke aanpak en de meerjarenafspraken plegen wij geen inbreuk op de rol en de positie van de Kamer. Wij beogen wel de besluitvorming over de inhoud en de

## Borst-Eilers

financiële middelen in een rustiger vaarwater te brengen en minder verbrokkeld te laten plaatsvinden. Wij menen dat de wijze waarop wij samen met het veld beleidsprioriteiten hebben opgesteld en afspraken hebben gemaakt over hoe wij die gaan realiseren, niet indruist tegen wetgevende en budgettaire bevoegdheden van de Kamer. Integendeel, wij bevorderen een helder overleg met de Kamer over onze koers, de resultaten van de besprekingen met het veld en de wensen die bij de Kamer leven. In alle akkoorden en convenanten wordt bij de afspraken nadrukkelijk een voorbehoud gemaakt ten aanzien van de besluitvorming in de ministerraad en in het parlement.

Mevrouw **Dankers** (CDA): Voorzitter! Het is correct wat de minister zegt. Formeel klopt het precies. In de schriftelijke antwoorden van vorig jaar staat echter dat de sector getekend heeft en dat de Tweede Kamer veel verantwoordelijkheid op zich laadt als zij nog iets durft te veranderen. Het gaat mij niet alleen om de formele, maar ook om de informele gelegenheden.

Minister **Borst-Eilers**: Dat staat inderdaad in de antwoorden. De Kamer kan een grotere verantwoordelijkheid nemen, maar – en nu spreek ik namens de coalitie – de wijze waarop de afspraken gemaakt worden, is natuurlijk altijd gebaseerd op het regeerakkoord. Dat komt dus niet als iets totaal onverwachts. Dat die afspraken gaan over het personeelsbeleid, werkdruk, het ziekteverzuim, de wachtlijsten en wat daarmee samenhangt, wordt gedragen door het gedachtegoed in het regeerakkoord. Ik begrijp echter dat dit voor de oppositie anders ligt, dat zij misschien andere prioriteiten naar voren wil halen in het kader van de meerjarenafspraken.

Mevrouw **Dankers** (CDA): Ik had niet de indruk dat er in de beantwoording van die vragen en in het gebruik van die terminologie werkelijk een onderscheid is gemaakt tussen leden van de coalitie en die van de oppositie. Het is heel helder. In de praktijk doet de oppositie er niet meer toe, dus eigenlijk zouden wij weg kunnen gaan.

Minister **Borst-Eilers**: Nee, dat bedoelde ik absoluut niet. Als het

erom gaat of de Kamer zich herkent in de afspraken, dan zullen degenen die vanaf de basis aan het geheel hebben bijgedragen, zich daar eerder in herkennen dan degenen die daar niet aan hebben bijgedragen. Maar formeel staan de verantwoordelijkheden van de Kamer overeind. Als de Kamer zich op een gegeven moment genoodzaakt ziet in te breken in zo'n meerjarenaakkoord, dan is zij daartoe bevoegd.

Mevrouw **Dankers** (CDA): Een voorbeeld. Er zijn vragen gesteld over de begeleiding van doofblinde mensen, waarop is geantwoord dat die club zich maar moet vervoegen bij het sectoroverleg. Neemt u mij niet kwalijk, maar dat heeft toch absoluut niets te maken met coalitieoverleg of het regeerakkoord?

De heer **Rouvoet** (RPF): Mijn opmerking over het primaat van de politiek en de rol van het parlement strekte verder dan alleen de meerjarenafspraken. Die heb ik als voorbeeld gebruikt. Het verbaast mij enigszins dat de minister daar zo laconiek over doet en dat zij zegt dat er eigenlijk geen probleem ligt. Dat probleem ligt niet tussen coalitie en oppositie; het ligt iets dichterbij huis. Ik heb inmiddels begrepen dat minister Peper in het debat over de begroting van Binnenlandse Zaken daar wel een probleem zag. Ik heb ook begrepen dat in het debat bij die begroting is gezegd dat er wel een probleem ligt wat de rol van het parlement betreft, maar dat het primair gaat om de horizontalisering van het bestuur en het interactieve beleidsconcept. Is de minister bereid om er in overleg met haar collega Peper voor te zorgen dat ook de optiek van VWS daarbij in beeld komt, want daar speelt dit probleem sterk in verband met de veelheid van partijen?

Minister **Borst-Eilers**: Dit onderwerp is ook in de ministerraad aan de orde geweest en zal daar zeker opnieuw aan de orde komen. De heer Peper schrijft in zijn essay, dat inmiddels zo bekend geworden is, dat als het gaat om de kwestie van de horizontale sturing en de interactieve beleidsvorming, het voor velen moeilijker wordt om de verantwoordelijkheid van de overheid helder te krijgen. Als wij opschrijven dat het moeilijk is, heeft het kabinet in ieder geval de plicht om dat te verhelderen, zodat

iedereen in Nederland en in de eerste plaats de Tweede Kamer het kan volgen en er het zijne van kan vinden.

De heer **Rouvoet** (RPF): Laat er geen misverstand over bestaan: ik verwijs niet naar het essay van de heer Peper. Dat bespreken wij niet. Ik verwijs naar wat hij hier in de Kamer heeft gezegd. Volgens de Handelingen heeft hij gezegd dat er inderdaad een probleem ligt wat betreft de rol en bevoegdheden van het parlement. Hij zegt te worstelen met de vraag: wie controleert nu wie en wie stuurt wat en hoe zit dat in het interactief beleid? Deze vraag heb ik gisteren ook gesteld over de begroting en over het beleidsterrein van deze minister. De heer Peper zegt de Kamer toe dat hij met een notitie op dat specifieke punt komt. Hij is aanmerkelijk minder laconiek dan de minister over de mogelijkheden van het parlement om in een horizontaliserend bestuur de eigen rol te blijven spelen. Ik vraag de minister nogmaals of zij de VWS-optiek in die notitie nadrukkelijk wil inbrengen.

Minister **Borst-Eilers**: Ik begrijp de vraag nu beter. Het is reeds afgesproken dat wij actief betrokken zullen zijn bij het opstellen van die notitie.

Naast meerjarenafspraken zijn er ook convenanten gesloten met beroepsgroepen. Een convenant is een goed instrument om stap voor stap het gewenste doel te bereiken, wat bijvoorbeeld blijkt uit de goede werking van het convenant dat in de vorige kabinetsperiode is gesloten met de Landelijke huisartsenvereniging. Het rapport waarop dat was gebaseerd, had als titel "Poortwachter in de praktijk". Gelet op die goede ervaringen is dit jaar, in januari, opnieuw een convenant met de LHV gesloten over een betere organisatie van de huisartsenzorg en een gefaseerde uitbreiding van de toelating tot de huisartsenopleiding. Op de noden bij de capaciteit kom ik later terug. Ik ben ook verheugd over het akkoord dat ik eerder deze maand met de apothekers heb gesloten. Met dit akkoord is een mijlpaal bereikt en er zijn belangrijke stappen gezet op weg naar een beter stelsel van farmaceutische zorg. Langs de weg van goed overleg is uiteindelijk met de KNMP bereikt dat kortingen en bonussen gefaseerd teruggebracht worden en dat de

## Borst-Eilers

praktijkkostenvergoeding wordt geactualiseerd. Dat heeft de Kamer ook gevraagd.

Voorzitter! Er zijn vragen gesteld over de besluitvorming naar aanleiding van het advies van de commissie-De Vries. Alhoewel het geneesmiddelenbeleid als zodanig niet aan de orde is, heb ik dit traject schriftelijk uiteengezet. Op dit vlak is door mevrouw Kant een opmerking gemaakt over de afspraken die ik heb gemaakt over het elektronisch voorschrijfsysteem. Zij vroeg zich af of die afspraken overeind kunnen blijven in het licht van het advies van de commissie-De Vries. Ik denk dat het antwoord hier moet zijn dat het voorschrijven op stofnaam maakt dat deze twee zaken zich met elkaar verdragen. Het voorschrijven op stofnaam verhoudt zich goed met variaties in het formularium tussen ziekenhuizen en regio's, zoals wij die nu ook al kennen.

Voorzitter! Ik sluit dit blokje af door in te gaan op vragen van mevrouw Hermann, de heer Rouvoet en mevrouw Van Blerck over de stelselherzieningsdiscussie. Ik heb bij eerdere gelegenheden aangegeven dat ik in de tweede helft van de kabinetsperiode wil uitvoeren wat op dit punt in het regeerakkoord is opgenomen. Ik wil bezien of het in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden. Ik wil daarbij ook rekening houden met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen. Die voorbereiding moet natuurlijk gedegen en niet overhaast gebeuren. Het is mijn bedoeling om de bouwstenen voor een gefundeerde, verdere stelseldiscussie tijdig aan te dragen en wel voor het opstellen van een volgend regeerakkoord. Dat acht ik mijn verantwoordelijkheid. Het moeten bouwstenen zijn waarmee men iets goeds kan bouwen. Wij weten allemaal dat ons verzekeringsstelsel, zoals deze week ook in de Eerste Kamer is opgemerkt, kenmerken van een lappendeken begint te krijgen. Wij lopen in de praktijk aan tegen het feit dat er twee verzekeringscomponenten zijn en dat de patiënt de hulpvraag voor beide componenten in een persoon verenigt. Men kan een heel eind komen met flexibilisering, maar dat is wellicht een oplossing die op de lange duur niet werkt.

De tijd is daarom rijp om iets heel goeds te bouwen. Aan half werk heeft in dit verband niemand iets. Ik houd daarom vast aan de voorgestelde degelijke aanpak. Ik denk dat die in dit tijdpad zal plaatsvinden. Een term als egeltjesgedrag is niet van toepassing. Door dit kabinet is bij het reeds aangeboden rapport van de Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid actief om adviezen gevraagd aan de RVZ en de SER. Ik wacht er nog op twee, van de RVZ over Europa en van de SER over de solidariteit en dan kunnen wij met eigen verstand en enkele mooie rapporten goed aan de slag om zonder enige ideologie naar een nieuw stelsel te kijken.

De heer **Rouvoet** (RPF): Voorzitter! Ik spreek de minister niet aan op het tijdpad, want ik ben het met haar eens dat zorgvuldigheid gewenst is. Waar ik haar in mijn eerste termijn op heb aangesproken, is dat onder andere de adviesaanvraag aan de SER zo voorzichtig geformuleerd is dat er niet uit blijkt dat wij echt iets nieuws willen maken, iets goeds willen neerzetten. In de memorie van toelichting wordt bijvoorbeeld gesproken over "eventuele aanpassingen van het stelsel", terwijl de minister aan de overzijde heeft gezegd dat met de huidige lappendeken niet goed meer valt te leven.

Minister **Borst-Eilers**: Maar ook bij deze minister is sprake van voortschrijdend inzicht. Om de SER ook het gevoel te geven dat het geheel ongestuurd en onafhankelijk daarover kan adviseren, kies je wel eens andere formuleringen dan die welke in een politiek debat worden gehanteerd. Zojuist heb ik ook gezegd dat ik denk dat het tijd is om het stelsel grondig te bezien, zeker in het licht van wat ons in de toekomst te wachten staat.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter! De minister geeft u zich wel heel duidelijke antwoorden op ook mijn vragen. De wens van grondigheid delen wij natuurlijk, maar het feit dat er zeer veel adviezen zijn die naast dat advies stuk voor stuk ook een analyse bevatten, maakt het wel heel complex, want in dit huis zijn de politieke opvattingen immers heel geschakeerd. Wij zouden het dan ook op prijs stellen om van de minister de losse bouwstenen van de

analyses en de onderlinge relaties te krijgen en dan in een wat eerder stadium.

De **voorzitter**: Mevrouw Hermann, wat u van de minister wilt hebben, zult u toch in tweede termijn moeten vragen en niet bij interruptie. U moet nu uw aanvullende vragen stellen om die tweede termijn voor te bereiden!

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Is het mogelijk om de losse bouwstenen in een wat eerder stadium te leveren dan het complete standpunt?

Minister **Borst-Eilers**: Ik acht dat niet uitgesloten. In het algemeen ben ik voor openheid en als er stukken zijn die allerlei feitelijkheden en verhelderingen bevatten die als bouwstenen voor iedereen kunnen dienen, waarom zouden wij die dan voor onszelf houden? Maar ik moet ze nog maken en weet dus nog niet hoe ze eruit gaan zien!

Voorzitter! In dit eerste blok heb ik in navolging van de Kamer ook enkele punten aan de orde gesteld die bij de zorgnota uitgebreider aan de orde zullen komen en ik wil nu weer terugkeren tot de "echte" begrotingsonderwerpen.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! Sorry voor de wat late reactie, maar ik zou nog even terug willen komen op dat zorgstelsel. Het baart mij enige zorg dat er wel allerlei adviezen komen, maar dat wij daarover in deze Kamer in deze kabinetsperiode blijkbaar niet meer kunnen spreken, terwijl ik de minister niet alleen in het verleden vaker heb horen spreken over de wenselijkheid van een nationaal zorgstelsel, maar ook nog afgelopen zondag in het programma Het Buitenhof over de premieheffing AWBZ.

De **voorzitter**: En uw vraag is?

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn vraag is of die adviezen en het standpunt van de minister daarover op een zodanig tijdstip komen dat wij er in de Kamer nog een debat over kunnen hebben, zij het wellicht op hoofdlijnen. Om dat nu weer over te laten aan coalitieonderhandelingen en het naar de volgende periode te schuiven, vind ik in ieder geval ongewenst.

Minister **Borst-Eilers**: Ik doe op dit punt geen concrete toezeggingen,



## Borst-Eilers

mevrouw de voorzitter, want wij gaan aan het werk. Ik heb u net al gezegd wat ik vond van openheid. Die adviezen zijn overigens openbaar en niets belet mevrouw Kant om bepaalde zaken te agenderen.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant, de vaste commissie kan de minister natuurlijk vragen voorleggen en binnen een bepaalde tijd laten beantwoorden.

Mevrouw **Kant** (SP): Misschien kan ik mijn vraag dan anders formuleren. Het verbaast mij dat de minister wel in programma's als Buitenhof uitspraken doet over verandering van premieheffingen in de AWBZ, bijvoorbeeld ook in de tweede en derde schijf, maar dat daar in de Kamer dan niet over gedebatteerd kan worden. Ik grijp mijn kans dan maar nu met de vraag of wij op dat punt voorstellen kunnen verwachten.

Minister **Borst-Eilers**: Dit soort mededelingen zijn openbare mededelingen. Overigens, iedere Nederlander die nadenkt over de vraag hoe je aan meer AWBZ-premie zou kunnen komen, zal zeggen dat iedereen nu al betaalt, ook de ouderen, en dus dat daar niets meer mee valt te winnen. Je zou kunnen bekijken of er nog groepen zijn die geen premie betalen en of je meer premie kunt ontvangen via de tweede en derde schijf. Verder is onze bevolking steeds actiever, dus op die manier kunnen we ook een groter draagvlak krijgen. Maar dit zijn geen politieke standpunten, het zijn bij wijze van spreken feitelijke mededelingen over oplossingen die iedere Nederlander zou kunnen doen. Wij hebben nog geen keuze gemaakt; er is geen kabinetsstandpunt over, dus daarover kan ik niets mededelen.

Mevrouw **Kant** (SP): Sorry, voorzitter, maar de minister van Volksgezondheid, die een uitspraak in Buitenhof doet, dat vind ik niet "iedere Nederlander". De minister heeft in dat programma een suggestie gedaan; zij vindt dat blijikbaar een goed idee. Ik spreek haar daar nu op aan en vraag haar waar de voorstellen blijven om het zorgstelsel op punten aan te passen.

Minister **Borst-Eilers**: Als er een noodzaak is om meer AWBZ-premie binnen te laten stromen, dan moeten

de mogelijkheden daartoe worden bekeken. Ik heb een aantal van die mogelijkheden genoemd en dat is geen standpunt, maar een mededeling van instructieve aard.

Over de arbeidsmarkt hebben veel woordvoerders vragen gesteld en opmerkingen gemaakt. Wij zijn daar blij mee, want de arbeidsmarkt baart ons al geruime tijd zorg. De heer Oudkerk zei dat hij een gevoel van urgency miste, maar dat gevoel hebben wij al geruime tijd. Wij hebben dan ook het nodige op de rails gezet en ik zal dat straks uitleggen. Eerst wil ik de problemen duidelijk maken. Serieuze problemen doen zich op dit moment op beperkte schaal voor; de sector heeft relatief zelfs minder problemen met vacatures dan andere sectoren. Maar als wij niets doen, dan kan het in de toekomst flink gaan knellen: de vraag groeit, de arbeidsmarkt is krap en wordt misschien krappere. Bovendien hebben wij te maken met een terugloop van het percentage jongeren, die een belangrijke bron van werknemers in de zorg vormen. In het buitengewoon goede, integrerende rapport van de OSA, dat ik de Kamer recentelijk heb toegezonden, kan men lezen hoe dit allemaal in elkaar grijpt. De OSA schrijft echter ook dat de knelpunten niet bij voorbaat onoplosbaar zijn. Maar dan moet er wel het een en ander gebeuren: de instroom bij de opleidingen moet omhoog, het ziekteverzuim moet omlaag en er moet actief worden geworven onder mogelijke herintreders. Een interessante mededeling in het rapport is dat het arbeidspotentieel voor de zorg eigenlijk vrij groot is: op dit moment werken 150.000 mensen met een diploma voor de zorgsector niet in die sector; het grootste deel van hen werkt zelfs helemaal niet buitenshuis. Hier is dus nog een wereld te winnen, maar dan moeten wij wel aan de slag.

Ik zal een aantal onderdelen van dit onderwerp nalopen. Ik begin bij de medische beroepsgroepen. Mevrouw Van Vliet, de heer Oudkerk en mevrouw Dankers stelden vragen over de noodzakelijke instroom bij de opleiding voor huisartsen, specialisten en tandartsen. De opleidingscapaciteit speelt hierbij vanzelfsprekend een rol, maar ook de inhoud en de duur van de opleiding zijn voor de toekomst van groot belang. Een verkorting van de opleidingsduur wordt door verschillende partijen

beploet, ook door de medische beroepsgroep zelf. Ik stimuleer die discussie, in overleg met de KNMG, van harte.

Ook het samenspel van artsen met andere beroepsgroepen en de functiedifferentiatie, het overdragen van taken van arts naar verpleegkundige, waardoor eenvoudige en administratieve taken minder worden gedaan door mensen die eigenlijk ergens anders voor zijn opgeleid, krijgen terecht aandacht en worden hier en daar in de praktijk uitgetoet; denkt u bijvoorbeeld aan de experimenten met de nurse practitioner op verschillende plaatsen in Nederland. Begin dit jaar is het capaciteitsorgaan voor medische beroepsgroepen ingesteld. Dit orgaan zal mij adviseren over de opleidingscapaciteit en de behoefte. Het zal hierbij niet alleen uitgaan van de status quo, maar bij zijn advies ook alle trends en veranderingen betrekken, ook het feit dat steeds meer vrouwen voor het artsenberoep kiezen, waardoor er relatief meer parttimers komen. Met de huisartsen en met Zorgverzekeraars Nederland zijn afspraken gemaakt over een geleidelijke uitbreiding van de toelating tot de huisartsenopleiding. Verder moet worden gezorgd voor een betere organisatie van de huisartsenzorg door samenwerking binnen de eerste lijn en door praktijkondersteuning. Dit zijn allemaal maatregelen die de werkdruk kunnen verminderen. Andere goede ontwikkelingen die de werkdruk van huisartsen kunnen verminderen, zijn samenwerking tussen huisartsen en het ontwikkelen van gezondheidscentra waar ook andere professionals werkzaam zijn. In enkele steden zijn inmiddels goede resultaten geboekt met het organiseren van centrale huisartsendiensten. De betrokken huisartsen zijn hierover buitengewoon tevreden en in Medisch Contact las ik dat deze huisartsen de late dienst weer leuk beginnen te vinden. Kortgeleden hoorden wij hierover nog wel eens andere geluiden. Het is de vraag of deze huisartsendiensten ook zo gemakkelijk buiten de stad kunnen worden georganiseerd. Ik ben hierover echter wel actief in gesprek met de huisartsen, want ik vind dat dit, waar mogelijk, moet worden bevorderd.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): De huisartsen- en tandartsenopleiding

## Borst-Eilers

vallen onder het ministerie van OCW, maar ik vraag de minister toch of bij het vaststellen van het aantal opleidingsplaatsen rekening wordt gehouden met het groeiende aantal mensen dat in deeltijd werkt. Ik heb de indruk dat deze ontwikkeling niet voldoende wordt onderkend en dat men daardoor achter de feiten aan blijft lopen. Voorkomen moet worden dat deze discussie ieder jaar opnieuw moet worden gevoerd.

**Minister Borst-Eilers:** In de schriftelijke antwoorden heb ik erop gewezen dat de opleiding tot arts de verantwoordelijkheid, ook de financiële, is van de minister van OCW. Ik heb regelmatig contact met minister Hermans en mij is gebleken dat hij zich bewust is van het probleem. Er is gepleit voor het opheffen van de numerus fixus. Ik heb daarover met hem gesproken en hij ziet in ieder geval in dat er meer studenten moeten kunnen instromen. Hij wil daar ook het zijne aan doen. Ik hoop dat de fracties die voor het opheffen van de numerus fixus hebben gepleit, met name de PvdA-fractie, bij de behandeling van de onderwijsbegroting niet vergeten om nogmaals een warm pleidooi hiervoor te houden.

Het capaciteitsorgaan heeft als opdracht om bij het analyseren van de benodigde toekomstige capaciteit naar alle ontwikkelingen te kijken, dus ook naar het groeiende aantal mensen dat parttime wil werken of de loopbaan enige tijd wil onderbreken om voor de kinderen te zorgen. Men moet alle trends in de maatschappij verwerken in de analyse en in het advies over het aantal op te leiden artsen. De vervolgopleiding is de financiële verantwoordelijkheid van mijn ministerie. In de schriftelijke beantwoording is gemeld dat het aantal mensen dat de huisartsen- of een specialistenopleiding kan volgen, zal groeien.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik begrijp wat de rol is van het capaciteitsorgaan. Wij ontvangen echter brieven, bijvoorbeeld van de Landelijke huisartsenvereniging, waaraan gesteld wordt dat er 495 huisartsen moeten worden opgeleid. Zij hebben die berekening klaarlijk al gemaakt. Het bevreemdt mij daarom enigszins dat het capaciteitsorgaan nog met een berekening moet komen, want deze vereniging

maakt deel uit van het capaciteitsorgaan.

**Minister Borst-Eilers:** Dat neemt niet weg dat het bestuur eerder dit jaar met mij een convenant heeft gesloten over een geleidelijke toename met 36 plaatsen. Ik herinner mij nog dat de voorzitter van de Landelijke huisartsenvereniging, de heer Van Velzen, zich tevreden toonde over dit aantal, ook al had hij liever een iets grotere toename gezien. Kennelijk is bij deze vereniging sprake van voortschrijdend inzicht.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Wij komen uitgebreid terug op dit onderwerp bij de behandeling van de zorgnota en bij de behandeling van de onderwijsbegroting. Ik teken echter wel aan dat hier een taak ligt voor het hele kabinet, omdat moet worden voorkomen dat er een slot op de deur wordt gezet, terwijl er nog steeds grote tekorten zijn. De ministers moeten de verantwoordelijkheid voor dit probleem niet op elkaar afschuiven.

**Minister Borst-Eilers:** Dat ben ik met de heer Oudkerk eens. Ik wees er slechts op dat zowel minister Hermans als ik verantwoordelijk zijn voor onze pot met geld en dat wij in goed overleg proberen een maximaal resultaat te halen. Gezien alle trends zou het mij zeker niet verbazen dat het capaciteitsorgaan concludeert dat het tekort niet alleen kan worden opgevangen met taakdifferentiatie, verkorting van de opleiding en centrale doktersdiensten, maar dat ook de instroom moet worden vergroot.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Gisteravond ontvingen wij het rapport "Tussen overschot en tekort". Dat geeft al een aantal antwoorden op zaken die thans aan de orde zijn. De minister zei dat er nog een behoorlijke arbeidsreserve is. Het blijkt dat die ook in de hoek van de wetenschappelijk opgeleiden zit. Vrouwelijke artsen gaan veel meer buiten de sector werken. Er blijven ook mensen thuis. Neemt het capaciteitsorgaan dat ook mee?

**Minister Borst-Eilers:** Ook dat is een van de elementen die het mee moet nemen. Hoe kun je mensen terughalen? Het is bij artsen nog ernstiger dan bij verpleegkundigen.

Voor de verpleegkundigen zijn er herintredingscursussen die van een overzichtelijke duur zijn. Een arts die lange tijd uit het vak is, zal stevig bij moeten spijkeren.

Voorzitter! De ontwikkeling naar het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf moet goed op gang komen. De Nederlandse vereniging van ziekenhuizen en de Orde van medisch specialisten hebben opnieuw de handen ineengeslagen. Ook zij hebben de strijdbijl begraven. Zij willen toewerken naar een ziekenhuisklimaat waarin specialisten plezier in het werk hebben. Los daarvan is de opleidingscapaciteit van specialisten sinds vijf jaar geleden gestegen met 1000 plaatsen.

Ik kom te spreken over het personeelstekort in het algemeen. Ik kom dan bij de grote categorie van verpleegkundigen, verzorgenden, enz. Er zijn stevige inspanningen nodig, meerjarig en structureel, om het dreigend tekort aan personeel in de zorgsector af te wenden. De staatssecretaris en ik zijn daarvan absoluut overtuigd. Het gaat niet alleen maar met geld geven. Er moeten doordachte plannen komen die op draagvlak bij alle betrokkenen kunnen rekenen, in een heldere regie en goede mix van eigen en gemeenschappelijke verantwoordelijkheden, ook met de actoren als Cadans en Arbvo. Samen moeten wij een offensieve strategie voeren. De primaire verantwoordelijkheid voor de arbeidsmarkt ligt bij sociale partners en de instellingen, maar VWS heeft daar toch wel een belangrijke rol in te vervullen. Doelstellingen van ons zijn een soepele werking van de arbeidsmarkt in relatie tot zorginhoudelijke ontwikkelingen en een verbinding van sectorbeleid met kabinetsbeleid op punten als arbeidsparticipatie en beheerste ontwikkeling van arbeidskosten. Die beleidslijnen moeten zoveel mogelijk gelijk lopen.

In het regeerakkoord is rekening gehouden met de ontwikkeling op de arbeidsmarkt. In 1999 is ruim 300 mln. ingezet voor arbeidsmarktbeleid in de zorg- en de welzijnssector. Wij hebben dus echt niet stilgezeten. Ik denk zelfs dat de samenwerking via de convenanten voor andere sectoren tot voorbeeld kan dienen. Wij hebben met de zorgsector en de sector welzijn jeugdhulpverlening in 1998 twee arbeidsmarktconvenanten afgesloten op grond waarvan zij meerjarige beleidskaders – 2000 en

## Borst-Eilers

2004 – met analyses van knelpunten, speerpunten en doelstellingen hebben vastgesteld. In de kern gaat het steeds om instroom en rendement van opleidingen van zowel jongeren als herintreders en doelgroepen. Ik denk aan de allochtonen. Verder gaat het om behoud van personeel door geëigende maatregelen. Het gaat dan om scholing, loopbaanontwikkeling, arbeidstijden, flexibilisering, goede kinderopvang en goed management van personeel. Voorts gaat het om het voorkomen van uitstroom, ziekteverzuim, Arbo, invalidering, reïntegratie arbeidsgehandicapten en de werking van de arbeidsmarkt. Daarbij is regionale samenwerking een zeer belangrijk aspect, zoals blijkt in de regio's waar het goed gaat. Beeldvorming is ook belangrijk. Wij moeten ook alles monitoren. Wij moeten weten wat al die maatregelen opleveren. Ieder jaar komen er jaarplannen met maatregelen. Recent zijn de plannen 2000 opgesteld waarvoor VWS bovenop bestaande budgetten als sectorfondsen, fiscale faciliteiten en de meerjarenmiddelen werkdruk extra geld beschikbaar heeft gesteld: 15 mln. voor zorg en welzijn. Wij investeren ook in de beeldvorming. Werken in de zorg moet een prettige klank hebben. Wij hebben uit de regio Limburg de kreet overgenomen: werken in de zorg is werken met je hoofd, je hart en je handen. In Limburg heeft men daar veel succes mee gehad. In het kader van de landelijke beeldvormingscampagne komen binnenkort de beelden en boodschappen in de media. Tegelijkertijd intensiveren wij de acties in de richting van de regio's en de instellingen. Het jaarplan zorg 2000 bevat ook de onderbouwing van het plan voor versterkte inspanningen in de zorg. In mijn brief over de rapportage arbeidsmarkt en het meerjarig beleidskader heb ik u gemeld dat het gaat om een ambitieus plan en dat kost geld. De minister-president heeft bij de algemene politieke beschouwingen de bereidheid uitgesproken om bij de besluitvorming dit voorjaar de knelpunten op de arbeidsmarkt in de publieke sector, waaronder de zorg, mee te nemen. Ik wil daarop verder niet vooruitlopen. Ik zeg dit in antwoord op een vraag van de heer Oudkerk, maar de heer Weekers heeft hem al opgeroepen om vertrouwen te hebben in de

minister-president en ik herhaal die oproep graag.

Mevrouw **Kant** (SP): Al die afspraken en voorstellen zijn mooi, maar wij weten allemaal dat het, gelet op de tekorten in de zorg, te weinig is. Gisteren vroeg ik of op de punten arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden en opleiding een fikse aparte financiële injectie kan worden gegeven om de vicieuze cirkel te doorbreken.

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb net uitgelegd dat wij flinke financiële injecties geven. Straks zal ik een opsomming geven van de concrete stappen.

Mevrouw **Kant** (SP): Uit de praktijk blijkt toch dat binnen de sector en de instellingen volop geconcurrereerd moet worden om dat geld? Moet het worden uitgegeven aan zorg, verlaging van de werkdruk of instrumenten waardoor het werk verlicht wordt? Dat is toch het probleem? Moeten de geldstromen niet structureel gescheiden worden om die concurrentie te voorkomen?

Minister **Borst-Eilers**: Ik noemde toch grote bedragen. Ik sprak over 300 mln. en ik wees op de fiscale faciliteiten. Daarnet sprak ik nog over een extra bedrag van 15 mln. Men beschikt nu over veel geld om gericht beleid te voeren. U bent iets te ongeduldig. Wij willen allemaal dat morgen die 150.000 mensen weer naar de zorg stromen en dat de zieken uit hun bedden verrijzen en weer aan het werk gaan, maar u moet even geduld hebben. Een positief signaal is dat de verminderde belangstelling voor de opleiding van verpleging en verzorging gestopt is en zelfs op sommige plaatsen weer wat toeneemt. In de praktijk zal zoiets op een gegeven moment een versneling te zien geven.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb inderdaad bij dit grote maatschappelijke probleem niet zoveel geduld. Ook de mensen die op zorg wachten, hebben weinig geduld. Zij wachten namelijk nu. Ik wil een concreet voorbeeld geven waaruit blijkt dat op dit moment structureel te weinig wordt gedaan. Ik heb een tabel gekregen van de WZF over de werkdrukgeden die beschikbaar zijn voor 1999 en 2000. Uit die tabel blijkt

dat de werkdrukmiddelen geheel opgaan aan het repareren van de laatste CAO-onderhandelingen. Na salarisverhogingen resteert nog een tekort van 0,3%. Op dit punt wordt toch met geld geconcurrereerd dat ergens anders voor bedoeld is?

Minister **Borst-Eilers**: Men heeft waarschijnlijk de brief aan de staatssecretaris geschreven. Wellicht kan zij daarop inhoudelijk ingaan. Het algemene punt is dat een instelling over een pot geld beschikt. Een goed instellingsmanagement moet de gelden die bestemd zijn voor het arbeidsmarktbeleid en het verbeteren van de arbeidsvoorwaarden, daarvoor dan ook inzetten. Een manager moet begrip hebben voor de term investeren. De opbrengst zal daarna toestromen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik hoor toch graag een algemene reactie van u. In de schriftelijke antwoorden staat dat u geen signalen heeft gekregen over tekorten in de OVA-gelden omdat er nog salarisverhogingen moeten worden betaald. Ik moet constateren dat u die signalen wel heeft gehad. Mijn vraag is of de sectoren die het werkdrukgeden nu nodig hebben om de laatste salarisverhogingen te betalen, bij u mogen aankloppen.

Minister **Borst-Eilers**: Ze zijn constant met ons in gesprek. Met het aankloppen valt het dus wel mee. Maar nogmaals, men moet de gelden besteden aan de doelen waarvoor ze beschikbaar zijn. Er zijn in heel veel instellingen nog wel degelijk keuzemogelijkheden. Ook een instellingsmanagement moet keuzes maken en prioriteiten stellen. Ook daar moet men het gezegde "de kost gaat voor de baat uit" kennen. Ik ga straks opsommen wat er in de praktijk allemaal gebeurt. Men moet dat ook echt doen. Dan zal men zien dat de problemen zich oplossen.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Kant weer wil interrumperen. Mevrouw Kant, u heeft al vier keer geïnterrupteerd op dit punt. Ik vrees dat het wat veel wordt.

Minister **Borst-Eilers**: Ik voeg eraan toe dat een instelling die kan aantonen dat zij vol goede wil is om het uit te voeren, bij het sectorfonds kan aankloppen om te bekijken of zij iets extra's kan krijgen, als zij om wat voor reden dan ook buiten haar

## Borst-Eilers

schuld dit beleid anders niet kan voeren. Er is dus wel een mogelijkheid aanwezig om aan te kloppen. Ik zal hier niet zeggen dat men het geld aan van alles kan uitgeven, om daarna te zeggen dat het helaas op is voor de arbeidsvoorwaarden. Zo werkt het immers niet.

De heer **Oudkerk** (PvdA): De minister heeft mij evenals de heer Weekers opgeroepen om groot vertrouwen in de heer Kok uit te spreken. Dat doe ik bij dezen. Ik weet dus wel zeker dat de 85 mln. gedekt wordt bij Voorjaarsnota. Daar gaat het echter niet om. Ik lees even de zin voor waar het om gaat: "De in het jaarplan opgenomen maatregelen en gewenste effecten zijn, gegeven de ernst van de arbeidsmarktproblematiek, ambitieus." Het is een zin van de minister zelf. Het gaat om maatregelen voor 2000. De minister en ik weten precies wanneer de Voorjaarsnota er komt. Zij en ik weten ook wat er dan gebeurt met het vrijkomende geld. Dat wordt ergens aan het einde van 2000 ingezet. Aan het einde van 2000 houd je dus ook allerlei gelden over, omdat je die in het jaar niet hebt kunnen gebruiken. Het gaat om de sense of urgency. Daarom wil ik dat bedrag naar voren halen. Het gaat mij niet om het verhogen of het verlagen van het bedrag. Ik vertrouw de heer Kok wel, maar ik wil het bedrag gewoon naar voren halen. Mevrouw Kant heeft volkomen gelijk als zij zegt: de mensen willen het nú.

Minister **Borst-Eilers**: Er is al een heleboel geld om alvast te beginnen aan de concrete zaken die ik nu ga opsommen. Het eerste is dat er minimumeisen worden opgesteld voor goede contracten met Arbeidsdiensten. De instellingen die zo'n contract afsluiten, kunnen daarvoor gefaciliteerd worden. Volgens mij betekent dit dat zij er geld voor kunnen krijgen. Het volgende is het door zoveel mogelijk branches ondertekenen van de Arbeidsconvenanten in 2000. Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is daar nauw bij betrokken. In goed overleg tussen VWS, Sociale Zaken en de sectoren werken wij aan het tot stand brengen van afspraken over het verminderen van een aantal belangrijke Arbo-risico's, zoals werkdruk, fysieke belasting en allergene stoffen. Dit blijkt ook uit het volgende punt: extra inspannin-

gen voor de aanschaf van til-apparatuur. Wij gaan zorgen voor een goede overdracht van voorbeelden van good practice. Dus waar men het goed voor elkaar gekregen heeft, geldt: zegt het voort, beleg er conferenties over en zorg ervoor dat het uitgedragen wordt. Wij hebben daarvoor communicatiemiddelen te over. Alle branches krijgen een peilstation ziekteverzuim. Het ziekteverzuim is echt een speerpunt, want als dat naar het marktniveau daalt, hebben wij er al zo'n 16.000 banen bij in de zorg. Een gezamenlijk kennis- en informatiecentrum ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, met een helpdesk, is ook een punt. Men kan daar geholpen worden om in de eigen instelling die zaken te verbeteren. Verder zijn er de verbetering van de beeldvorming en de kennis van de opleidingsmogelijkheden bij schoolverlaters en herintreders, een kwaliteitsimpuls voor de praktijkbegeleiding en meer beroepspraktijk- en vormingsplaatsen bij instellingen. Wij gaan de regionale samenwerking tussen de Melkertregiepunten versterken. Hetzelfde geldt voor de transferpunten, de regionale aanpak personeelsvoorziening verzorgingshuizen en het tripartiet sectoraal overleg. Het zijn allemaal prachtige clubs, maar het moet wel een beetje bij elkaar komen. Verder gaat het om een kaderregeling scholingsactiviteiten en de stimulering van flexibilisering voor kwalificatietrajecten, alternatieve leerroutes en verkorte leerroutes. Wij moeten het mensen die weer terug willen in de zorg of die snel aan het werk kunnen en willen, ook mogelijk maken. Wij moeten dus niet te star aan allerlei regels vasthouden. Belangrijk zijn ook de gezamenlijke stimuleringsregeling kinderopvang en de intensivering van het regionaal beleid, met onder andere een gezamenlijke financieringsregeling. De drie grote sectorfondsen gaan nu komen tot één gezamenlijke uitvoeringsorganisatie en dat zal de efficiency zeker ten goede komen. Dit is dus een greep uit de concrete activiteiten voor volgend jaar die opgestart mogen worden. Niet alleen VWS monitort de zaak, ook de vakbonden, de werkgevers, Arbvo en Cadans houden de voortgang in de gaten.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Hoe zullen de verbeteringen in de praktijk

gerealiseerd worden? Vroeger waren het aparte organisaties, nu moeten de scholen het in principe zelf doen in overleg met de instellingen. Daarvan schijnt echter heel weinig terecht te komen vanwege het personeelstekort. Iedereen moet ingezet worden om te werken. Er is geen ruimte voor begeleiding. Wordt het een heel ander systeem?

Minister **Borst-Eilers**: Ik zeg u toe daarvan schriftelijk wat voorbeelden te geven, anders wordt het nu zo gedetailleerd. Het is een heel belangrijk punt. Dat heeft u gisteren terecht onderstreept, mevrouw Van Vliet.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): De minister spreekt in het kader van de kinderopvang over uitbreiding. Verstaat zij daaronder ook de 24-uurskinderopvang?

Minister **Borst-Eilers**: De staatssecretaris komt in haar betoog nog terug op de kinderopvang. Dat zit in haar portefeuille. Het devies is: stel zoveel mogelijk mensen in staat om te werken. In de zorg zijn onregelmatige arbeidstijden en daarmee moeten wij rekening houden.

Er zijn verschillende vragen gesteld over het salaris. Vergelijken is altijd een hachelijke zaak. Het antwoord op de vraag, of iemand genoeg verdient, is ook een subjectieve beleving. Uit het OSA-rapport blijkt dat de uurlonen in de gezondheidszorg- en welzijnssector over de periode 1987-1997 gemiddeld genomen harder zijn gestegen dan in de economie als geheel. Als je 1987 op 100 stelt, is het voor zorg en welzijn 139 geworden en voor de hele economie 132. Dat is een stijging, maar wij hebben natuurlijk ook te maken met het absolute niveau. Overigens zijn er gisteren wat bedragen gewisseld die niet helemaal blijken te kloppen. Het ging over circa f 1800 netto. Dat kan in een individueel geval om wat voor reden dan ook best waar zijn, maar een gediplomeerde verpleegkundige – een verpleegkundige A – zit in schaal 40 van de CAO ziekenhuiswezen. Die krijgt nu bruto f 2993 per maand, dat wordt volgend jaar f 3052 en die houdt nu f 2300 netto over. Dat wordt volgend jaar dus iets meer. Dat bedrag is exclusief de onregelmatigheidstoeslagen die in de praktijk natuurlijk het inkomen voor de verpleegkundi-



## Borst-Eilers

gen nog ophogen. De wijkverpleegkundigen beginnen met f 3130 bruto en dat wordt binnenkort f 3520. Een verpleegkundige kan doorgroeien naar ruim f 4400 en een wijkverpleegkundige naar f 4900.

Men kan natuurlijk zeggen dat het te weinig is voor het werk dat zij doen. Interessant daarbij is ook hoe de mensen zelf daarover denken. Er zijn enquêtes gehouden waarom mensen de zorg verlaten. Het salaris scoorde laag in het lijstje van de tien belangrijkste oorzaken: bij de vrouwen op nummer 10 en bij de mannen op nummer 6. Helemaal bovenaan stond dat men niet meer of minder kon gaan werken als men daaraan behoefte had; aanpassing van de arbeidsduur. Verder dat men geen ontplooiingsmogelijkheden had en dat de werkomstandigheden fysiek en psychisch niet plezierig waren. Om die soort redenen had men de zorg verlaten en niet in de eerste plaats om het salaris. Dat neemt niet weg dat, met behoud van wat ik net zei over het parallel moeten lopen van ons beleid met het algemene kabinetsbeleid en dat heeft ook iets te maken met loonmatiging, de mensen een adequaat inkomen moeten verdienen. De verpleegkundigen en verzorgden zijn immers de steunpilaren van het hele systeem!

De heer **Weekers** (VVD): Voorzitter! Uit de schriftelijke behandeling heb ik begrepen, dat de minister nog voor de behandeling van de zorgnota de Kamer de uitkomst van een soort vergelijkend warenonderzoek zal doen toekomen. Ik heb er begrip voor, dat men bij dat onderzoek niet heel erg diep kan gaan. Ziet de minister het als een probleem, dat men in de zorgsector slechts maximaal 36 uur per week mag werken? In de marktsector werkt men 40 uur per week. Ook als je in de zorg zelf meer wilt werken, kan dat niet en kun je dus niet aan het salaris komen dat iemand in, bijvoorbeeld de marktsector, verdient met 40 uur werken. Wil de minister dit punt inbrengen in haar overleg met de sociale partners? Door de mensen in de zorg meer uren per week te laten werken, krijg je extra handen aan het bed en kunnen die mensen meer verdienen.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! De sociale partners zijn ervan op de hoogte dat ik niet heb staan juichen bij de CAO waarmee de werkweek

werd teruggebracht naar 36 uur. Op uurloonbasis hield dat natuurlijk wel een forse salarisverhoging in, maar de oplossing van de problemen werd er bepaald niet eenvoudiger door. Gisteren heeft bij de behandeling van de begroting van Economische Zaken minister Jorritsma uitgebreid over de arbeidsmarkt gesproken. Zij zei toen dat zij twee oplossingen ziet voor de krapte, namelijk het komen tot een flexibele pensioenleeftijd en tot een verruiming van de arbeidsduur. Ik sta daar absoluut niet onsympathiek tegenover. Ik ben ook in dat opzicht erg voor persoonlijke keuzevrijheid. Dat 36 uur per week het maximum is, maakt het oplossen van de problemen in de zorg niet gemakkelijk. Op dit punt is en blijft er sprake van een verantwoordelijkheid van de sociale partners en zij kennen mijn standpunt.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! Ik ga met de minister niet steggelen over de hoogte van de salarissen. Er zijn zeer veel beroepen in de zorg en er zijn enorm veel gradaties. In dit verband wil ik wel één cijfer noemen: een verpleegkundige in opleiding moet het doen met f 1700 bruto. Hieruit blijkt iets anders dan uit het rijtje dat de minister zojuist opsomde.

Hier gaat het echter niet zozeer om. De minister zegt vaak in haar reacties: dit is niet het eerste wat men noemt als reden waarom men uit de zorg gaat of niet in de zorg wil werken. Ik wijs er evenwel op, dat wij te maken hebben met een complexe vicieuze cirkel. Allereerst geldt dat de werkdruk hoog is. Dat is misschien de belangrijkste oorzaak. Dus moeten we mensen stimuleren om de werkdruk in de zorg te verlagen en om extra mensen voor de zorg aan te trekken. Verder moeten wij proberen te bewerkstelligen dat de werkers in de zorg daaruit niet vertrekken. Dan is de hoogte van het salaris wel degelijk van groot belang. Dan wil ik graag een reactie van de minister op het onderzoek waarna zij zelf verwees, het onderzoek van het Sociaal en cultureel planbureau: Tussen overschot en tekort. Daaruit blijkt, dat in delen van de gezondheids- en welzijnszorg het salaris 20% lager kan zijn dan in de marktsector.

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw de voorzitter! Ik blijf van mening dat voor de mensen die in de zorg

werken de secundaire arbeidsvoorwaarden veel meer van doorslaggevende aard zijn dan de primaire arbeidsvoorwaarden. Daar doet zich het acute knelpunt voor. Misschien suggereert mevrouw Kant dat het goed zou zijn met een additionele impuls van 1,5 mld. te komen. Dat zou ik echter niet de meest effectieve inzet van middelen vinden voor het wegnemen van knelpunten. In dezen verschillen wij dan van mening.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! Maar om die werkdruk te verminderen hebben we mensen nodig en om mensen naar de zorg te trekken moet een fatsoenlijk salaris geboden worden. Ik vraag de minister nu eens een mening te geven over het feit dat mensen die in de zorg werken vergeleken met mensen die elders werken 20% minder verdienen.

Minister **Borst-Eilers**: Het werken in de zorg geeft mensen een grote bevrediging, ook bij een laag inkomen. Dat neemt niet weg, dat we niet de redenering mogen volgen: laat ze maar een laag salaris houden, want ze zijn toch wel tevreden. De primaire motivatie om te gaan naar en te blijven in de zorg is ten eerste gelegen in het karakter van het werken in de zorg – men vindt dat mooi werk – en ten tweede in de secundaire arbeidsvoorwaarden.

Nu zegt mevrouw Kant: we hebben in de zorg meer mensen nodig. Dan zeg ik een- en andermaal tegen de werkgevers: pak dat programma van de ziekteverzuimbestrijding eens stevig op en ga daarmee eens goed aan de gang. Er is nu geld om goede Arbo-contracten te sluiten. Dat zijn niet de zogenaamde Micky Mousecontracten. Er is daarbij aandacht voor goede verzuimbegeleiding en voor preventie. De Arbo-dienst steekt daar veel energie in. Stel dat het ziekteverzuim dan daalt met 1%. Dat is dan 8000 banen erbij. Met nog een procent – dan zitten we op markt-niveau – hebben we er 16.000 banen bij. En die liggen dan gewoon voor het pakken.

De heer **Weekers** (VVD): Voorzitter! Is de minister niet van mening dat mevrouw Kant met haar vergelijking van salarissen appels met peren vergelijkt? Je moet weten hoeveel uren wordt gewerkt en je moet weten wat de secundaire arbeidsvoorwaarden zijn. De vraag of

## Borst-Eilers

iemand in opleiding is en daar wat mee verdient, of achter de kassa zit, zonder enige faciliteit om hogerop te komen, moet er ook bij worden betrokken. Die vraag wil ik ook graag beantwoord zien, vóór de behandeling van de zorgnota.

Minister **Borst-Eilers**: Dat is een goed punt. Wij zullen daarop ingaan in het kader van het vergelijkende warenonderzoek. Dit is een beetje een weinig respectvolle term, maar de heer Weekers bedoelde het ook meer symbolisch.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter! Ik vraag de minister om een reactie op het schema 6.2 op pagina 156 van het bekende rapport "Tussen overschot en tekort". Daarin komen de ontevredenheid met de loonhoogte en de arbeidsvoorwaarden in het algemeen, de ontevredenheid over de lichamelijke belasting en de ontevredenheid op het punt van de zelfstandigheid en de mogelijkheid invulling te geven aan de functie op een rijtje bij elkaar. Dat gehele complex maakt dat de tevredenheid met het mooie werk en het feit dat men dat kan doen, het niet redden als je dat afzet tegen de ontevredenheid. Daar moeten wij mee verder.

De **voorzitter**: U geeft nu zelf al het antwoord.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Ik heb nog niet zoveel tijd gehad om het rapport helemaal te lezen, maar ik heb er wel iets van gezien. Ik ben het met mevrouw Hermann eens. De verantwoordelijkheid om je werk zelf in te richten en de kans die je wat dat betreft wordt geboden, staan wat mij betreft ook centraal. Je bent verpleegkundige. Je bent goed opgeleid. Dan wil je zelf ook beslissingen nemen en je werk inrichten zoals je zelf wil. Het hebben van controle op je leven, dat vinden mensen belangrijk. Dat geldt ook voor controle op je werksituatie. Als daaraan tegemoet wordt gekomen door de werkgevers en de bazen, dan neemt de arbeidsvreugde met sprongen toe. Ook die andere elementen zijn van groot belang.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): De preventie en een goed Arbo-contract zijn ook heel belangrijk, maar ziek is ziek. Heel veel mensen zien niet de mogelijkheid, als ze ziek zijn, om

toch te gaan werken. Dan is de collega echter dubbel belast. Is daar ruimte voor?

Minister **Borst-Eilers**: Dat betekent dat de personeelsbezetting zodanig moet zijn dat een zeker ziekteverzuim kan worden opgevangen. Anders ontstaat de bekende neerwaartse spiraal. Mevrouw Hermann noemde de term "collega", maar een goed ziekteverzuimbeleid houdt ook belangstelling voor de zieke collega in, niet in de zin dat de andere collega's nu harder moeten werken, maar in de zin dat je echt wordt gemist. Men moet dus niet alles aan de dienst overlaten. Men moet zo omgaan met de patiënt dat hij of zij zo snel mogelijk in staat is om weer te beginnen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter! Hoe staat het met de regionale verschillen in personeelstekorten? De schriftelijke antwoorden daarover waren niet zo bevredigend. Het wordt allemaal op het bordje van de sectorfondsen geschoven. Deze zijn wel verantwoordelijk, maar waarom is via de meerjarenafspraken en de convenanten niet aangegeven dat regionale verschillen – ik wijs op Amsterdam met een groot personeelstekort – op de een of andere manier tot uitdrukking moeten komen in de verdeling van de gelden?

Minister **Borst-Eilers**: Wij hebben er wel oog voor, maar de verantwoordelijkheid daarvoor speelt ook mee. De stad Amsterdam heeft misschien extra problemen vanwege het grotestadskarakter, maar ook vanwege de bereikbaarheid. Ik voel er niet zoveel voor, gelden uit de zorgsector te steken in het verbeteren van de bereikbaarheid van Amsterdam. Anders gezegd, de gemeente Amsterdam heeft een grote verantwoordelijkheid terzake. Het gaat niet alleen om de zorgsector. Als Amsterdam zo slecht bereikbaar is voor werknemers, dan geldt dat ook voor alle andere sectoren. Het zou dus goed zijn als de gemeente Amsterdam uitspreekt dat zij daar verantwoordelijk voor is en dat zij daar wat aan gaat doen. Dan ben ik bereid om met betrekking tot de verdeling over de regio's te kijken naar andere regionale aspecten.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Daar ben

ik het mee eens, maar deze problemen komen ook voor in Flevoland en in Brabant, vooral als je het vergelijkt met het noorden, want daar gaat het gelukkig veel beter. Het is kennelijk een breder probleem, maar ik hoor almaar dat de sectorfondsen het nu pondspondsgevijs over alle provincies verdelen. Wat vindt de minister daarvan?

Minister **Borst-Eilers**: De regio's die mevrouw Van Vliet noemde, zijn ook bij ons op het bureau terechtgekomen. Ik vind het redelijk dat daarnaar wordt gekeken. Ik zal even laten nagaan waar wij op dit moment staan met dit onderwerp. Misschien kan ik er in tweede termijn op terugkomen.

De heer Rouvoet heeft zijn betoog vrijwel geheel gewijd aan de medisch-ethische vraagstukken. Ook de heer Van der Vlies, mevrouw Dankers en mevrouw Kant hebben er aandacht aan gegeven. Ik wil er graag op ingaan. Ik meen dat het goed is dat niet alleen in de algemene politieke beschouwingen aandacht aan dit thema wordt besteed, maar dat dit ook gebeurt bij de behandeling van mijn begroting.

Bij medisch-ethische vraagstukken rijst in het bijzonder de vraag wat nu de verantwoordelijkheid van de overheid is. Dat is ook terecht door de heer Rouvoet als een soort kernvraag op tafel gelegd. Centraal staat dan de vraag waar de grens moet liggen tussen enerzijds normeren en grenzen stellen en anderzijds respecteren van individuele vrijheden en daarvoor ruimte bieden. Er kan geen twijfel bestaan over het antwoord op de vraag of de overheid een verantwoordelijkheid heeft bij het stellen van normen. Het antwoord is ja. Ik ben ook van mening dat het kabinetsbeleid op het terrein van de medische ethiek er blijk van geeft dat deze overheid normen stelt.

Naast het stellen van normen vindt het kabinet het ook van groot belang dat onduidelijkheden uit de weg worden geruimd. Er zijn allerlei nieuwe ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg die vaak leiden tot onduidelijkheid, tot de bekende vraag of ook alles mag wat kan. Die onduidelijkheid leidt tot ongerustheid die op haar beurt weer leidt tot onzekere reacties uit de samenleving, vooral uit die groepen die het dan aangaat. Dus het bevorderen van duidelijkheid is ook

## Borst-Eilers

belangrijk. Het betekent wel dat onderwerpen expliciet aan de orde worden gesteld. Nederland is daarin nogal uitzonderlijk. Ik heb het dan over de cultuur van openheid waarin dingen bij de naam worden genoemd en er in het openbaar over wordt gediscussieerd. Al die bijzondere en vaak zo schrijnende situaties komen dan expliciet aan het licht. Dat kan natuurlijk de indruk wekken van een doorschietende liberalisering van moraal en ethiek. Ten aanzien van late zwangerschapsafbreking komt het nu ook al voor. Mag foetaal weefsel nu opeens ook voor wetenschappelijk onderzoek worden gebruikt? Als je nu duidelijke normen en grenzen stelt aan dit soort ontwikkelingen, ben je niet aan het liberaliseren. Je stelt die normen en grenzen in belangrijke mate via wet- en regelgeving, die je vervolgens bindend oplegt aan de samenleving. Als het debat ten einde is en de normen en regels er zijn, moet iedereen zich eraan houden. Dan moeten wij dat ook controleren.

De heer Rouvoet heeft gevraagd waarop dit kabinet zijn normen en grenzen baseert. In dit kader zijn twee uitgangspunten van groot belang. Het eerste is dat kwetsbaar leven beschermd dient te worden. Daarom dient levensbeëindiging van iemand die daar niet zelf dringend om gevraagd heeft, strafbaar te blijven. Daarom mag niet ieder verzoek om late zwangerschapsafbreking gehonoreerd worden, maar alleen die verzoeken waarbij het gaat om een kind dat slechts kort zal leven, om een kind met ernstig onbehandelbaar lijden of om een kind dat in het geheel niet levensvatbaar is. Het tweede uitgangspunt betreft het door de heer Rouvoet genoemde zelfbeschikkingsrecht. Mijn uitgangspunt is dat de mens verantwoordelijkheid draagt voor de manier waarop hij leeft. Zijn sterven behoort onverbrekelijk bij zijn leven en daarom kan naar onze mening dat sterven niet een gebeuren zijn waarover betrokkene zelf niets te zeggen heeft.

Op grond van deze morele uitgangspunten legt het kabinet zijn voorstellen voor aan het parlement, zoals dat ook gebeurd is met het wetsvoorstel euthanasie. Dan volgt het debat met respect voor elkaars opvattingen, uiteraard ook met de wens om elkaar te overtuigen. De conclusie van dat debat slaat vervolgens neer in wet- en regelge-

ving, waaraan wij ons vervolgens allemaal moeten houden. De voorstellen van dit kabinet beogen dus een normatief kader te stellen, ruimte te geven waar wij dat moreel verantwoord achten op grond van onze uitgangspunten, grenzen te trekken waar wij dat op grond van diezelfde uitgangspunten nodig achten. Ruimte geven voor bepaalde beslissingen houdt ook in dat je ruimte laat voor degene die de beslissing niet wil nemen. Niet alles wat mag, hoeft. Wie geen euthanasie vraagt, ondanks ernstig terminaal lijden, zal tot zijn laatste snik zo goed mogelijk verzorgd moeten worden. Ik maak die opmerking met name voor de heer Van der Vlies. Als een vrouw besluit haar zwaar beschadigde kind toch te laten leven, zal dat kind tijdens zijn korte leven de beste zorg moeten ontvangen. Daar is mijn beleid op gericht.

Dit brengt mij op de opmerking van de heer Rouvoet en mevrouw Dankers over mensen met een handicap en over het streven naar de "uiterlijk" perfecte mens. Ik gruw daarvan. De opvattingen van de heer Rietdijk spreken mij absoluut niet aan. Mensen met een handicap zijn niet alleen welkom, zoals mevrouw Dankers het formuleerde, zij horen er gewoon bij. Zij zijn gelijkwaardige burgers. Wanneer je het begrip "welkom" gebruikt – ik heb dat in het verleden ook wel gedaan – dan is dat toch niet hetzelfde als stellen dat iemand er voor 100% bijhoort. Wij moeten mensen met een handicap helpen om hun leven zo volledig mogelijk te leiden.

De heer Rouvoet uitte zijn bezorgdheid over de vertraging bij de ontwikkeling van het wetsvoorstel gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken. Dit heeft te maken met het feit dat het traject zorgvuldig afgelegd moet worden. Wij moeten komen tot daadwerkelijke bescherming tegen discriminatie, niet tot alleen holle woorden.

De heer Van der Vlies zei dat de SGP-fractie veel begrip heeft voor het pleidooi van de Gehandicaptenraad om de grondrechten van gehandicapten in de Grondwet te verankeren. Hij vroeg of de regering bereid is de bescherming van het menselijk leven in de Grondwet vast te leggen. De opvatting van dit kabinet is dat de Grondwet voldoende waarborgen biedt voor de bescherming van het menselijk leven. Wij zijn niet van plan op dit

punt een wijziging van de Grondwet voor te stellen.

Mevrouw de voorzitter! Tot slot over dit onderwerp nog een opmerking aan het adres van de heer Van der Vlies. Hij stelde terecht dat het bij euthanasie niet uitsluitend gaat om een rationele beslissing van de arts. Ook die heeft zijn emoties en juist daarom hecht ik zoveel waarde aan die consultatie vooraf en aan die toetsing achteraf.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mevrouw de voorzitter! Ik heb even gewacht totdat de minister dit blokje had afgerond, want de materie is voor mij te voornamelijk om haar niet de gelegenheid te geven dat integer, helder en compleet neer te zetten. Ik wil nog een opmerking maken over het normatieve kader. Aldus de minister is hier geen sprake van liberalisering. Maar hoe beweeglijk kan een normatief kader zijn en hoe afhankelijk van de voortschrijding van medisch kunnen en kennen?

Minister **Borst-Eilers**: Die beweeglijkheid is inderdaad aan de orde. Misschien is de late zwangerschapsafbreking, waar wij nog over komen te spreken, daar een goed voorbeeld van. De Wet zwangerschapsafbreking die nu van kracht is – en ik weet dat wij ook daar nog ten diepste van mening over verschillen – staat niet toe dat een zwangerschap wordt afgebroken bij een zwangerschapsduur van meer dan 24 weken waar de grens van levensvatbaarheid is gelegd. Iedereen weet dat en moet zich daaraan houden. Nu blijkt – en dat is een gevolg van de ontwikkelingen van de technologie – dat het soms na die periode van 24 weken duidelijk is dat het kind niet levensvatbaar is, bijvoorbeeld wanneer de grote hersenen ontbreken of wanneer belangrijke organen als de nieren ontbreken. Dan weet je zeker dat het kindje dat ter wereld komt nog diezelfde dag zo niet hetzelfde uur zal overlijden. Dan komt er een nieuwe vraag op uit de samenleving: is het in zo'n situatie toegestaan dat, met waarborgen omgeven, een verzoek tot afbreking van de zwangerschap gehonoreerd wordt? Het is geen kwestie van het verschuiven van normen. Enerzijds moet een verzoek tot afbreking van de zwangerschap gelegd worden naast de normen van bescherming van het kwetsbare leven. Anderzijds moet bekeken worden welke ruimte

## Borst-Eilers

mensen moeten krijgen om in dit soort dilemma's een afweging te maken. De heer Van der Vlies heeft gisteren terecht gezegd dat het gaat om een afweging die de moeder eigenlijk maakt voor een ander. Zwangerschap is ethisch echter altijd een apart verhaal, omdat een zwangerschap zich in het lichaam van de vrouw voltrekt. Zij heeft daar juridisch veel meer over te zeggen dan over een kind dat al geboren is. Het kabinet vindt dat normen en grenzen niet voortdurend in beweging mogen zijn, maar nieuwe ontwikkelingen, waar wij in de gezondheidszorg constant mee te maken hebben, leggen ons nieuwe vragen voor. Wij moeten die aan de hand van ons normatief kader beantwoorden.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het ontgaat mij niet dat er nieuwe vragen uit de nieuwe ontwikkelingen voortkomen. Ik negeer die ook niet. Een normatief kader is echter wezenlijk en een welhaast onvervreemdbaar onderdeel van een rechtsbestel. Een begripvolle opstelling ten opzichte van vragen die er naar aanleiding van ontwikkelingen zijn, heeft dan iets beweeglijks in zich. Ik gebruik bewust niet de term hellend vlak, maar ik denk daar wel steeds aan. Ik word het met deze minister hierover maar niet eens. Hoe komen wij in deze discussie op een oprechte manier verder, met behoud van wat voor ons allemaal wezenlijk is? De alternatieven die er zijn voor al die kwesties die wij nu bedoelen, moeten wij optimaliseren en uitbuiten. Zolang ik er niet van overtuigd ben dat dit is gebeurd, blijf ik weerbarstig in deze discussie.

Minister **Borst-Eilers**: De heer Van der Vlies spreekt van alternatieven. Ik blijf bij het voorbeeld van een kind waarbij voor de geboorte zodanige afwijkingen worden vastgesteld dat het praktisch dood geboren zal worden of slechts een kort leven zal leiden. De laatste categorie is nog belangrijker. Ik heb al gezegd dat als gekozen wordt voor dat korte leven, alles in het werk gesteld zal moeten worden om dat leven zo lang mogelijk en qua kwaliteit zo goed mogelijk te laten zijn. Die voorzieningen moeten er zijn. Daarvan gaan wij in Nederland allemaal uit. Wij moeten ook naar beste kunnen proberen om ervoor te zorgen dat die voorzieningen er komen. Het geld

speelt echter een rol bij de snelheid waarmee wij dit alles kunnen realiseren.

De heer **Rouvoet** (RPF): Ik wil graag uitvoeriger met de minister discussiëren over de uitgangspunten van het kabinet. Wij krijgen daartoe ongetwijfeld de gelegenheid bij de verschillende wetsvoorstellen, die wij nu niet hoeven te bespreken. Met name bij het uitgangspunt van zelfbeschikkingsrecht valt echter de volgende vraag te stellen. Als dit het uitgangspunt is, hoe is dan te verklaren dat hierop in de voorstellen allerlei beperkingen worden aangebracht, kennelijk vanuit de eigen normatieve invalshoek van het kabinet? Men mag tot op een zekere hoogte zelf beschikken en voorbij een bepaald punt neemt de overheid weer de beslissingen. Wij komen hier ongetwijfeld op terug, met name als het gaat om de euthanasie. De minister sprak overigens op zich goede woorden over de normstelling en het normatieve kader van de overheid. Ik heb de vraag voorgelegd hoe dit zich, juist op medisch-ethisch vlak, verhoudt met de ontwikkelingen die in de praktijk reeds gaande zijn. Als er getalmd wordt met wetgeving, staat ons immers later niet meer te doen dan het reguleren en vastleggen van inmiddels gegroeide praktijken. Ik heb daarbij enkele voorbeelden genoemd.

Minister **Borst-Eilers**: Het lijkt een sluitende redenering om bij die wetsvoorstellen te vragen, de grootst mogelijke haast te betrachten. Wij willen echter ook een goed werksaam wetsvoorstel maken. Dat wijst vaak op een moeizaam wetgevingsproces, met heel veel overleg en vaak begeleid met een advies van de Gezondheidsraad of de beraadsgroep over ethiek en recht. Er zijn diverse voorbeelden van ontwikkelingen die zich buiten Nederland voltrokken en waarbij de beroepsgroep in Nederland zichzelf een moratorium heeft opgelegd en bepaalde dingen dus niet doet. Ik denk daarbij aan onderzoek met embryo's. Daarbij hebben ook de Gezondheidsraad en mijn voorgangers op VWS een rol gespeeld. In Nederland leeft ook onder de beroepsgroep niet de wens om allerlei nieuwe ontwikkelingen, met name rond voortplanting, onmiddellijk in praktijk te brengen. Er is in dit land sprake van grote nuchterheid en terughoudendheid.

Wij worden ook geholpen doordat beroepsgroepen zichzelf beperkingen opleggen in afwachting van wet- en regelgeving.

De heer **Rouvoet** (RPF): Voorzitter! Wij zijn al heel veel jaren bezig over en met wetgeving rondom experimenten met embryo's. Mijn punt is nu juist dat dit soort thema's zo gemakkelijk over een kabinetsperiode heen schuiven, waarna er opnieuw een discussie in het parlement wordt gevoerd en er nieuwe voorstellen komen, maar ondertussen gebeurt er in de praktijk al wel heel veel.

Heel vaak wordt er vanuit de Kamer op aangedrongen, zoals bij de xenotransplantatie, om eerst erover te discussiëren en daarna een moratorium af te kondigen, maar dan wil het kabinet daar niet aan. Dan kunnen wij toch niet veel meer doen dan achteraf zeggen "laten wij nu vastleggen en een beetje regelen wat er in de praktijk al gebeurt"?

Minister **Borst-Eilers**: Het voert heel ver om daar uitvoerig op te reageren. Bij de xenotransplantatie speelt dat er nu al dagelijks patiënten worden behandeld met materiaal afkomstig van dieren, niet levende organen. Ook daar zijn de grenzen dus niet zo simpel te trekken. Ik vind het met de heer Rouvoet jammer dat wij zolang over het wetsvoorstel embryo's doen, maar dat heeft toch te maken met nieuwe ontwikkelingen op dat gebied. Ik ben er in ieder geval blij mee hoe de beroepsgroep zich op dit punt gedraagt.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! Ik wilde even overstappen naar het wetsvoorstel inzake euthanasie. Het zal de minister bekend zijn dat ook mijn fractie zeer terughoudend staat tegenover een mogelijke verruiming. Dat heeft veel te maken met de omstandigheden waarin veel ouderen en zieken zich op dit moment bevinden. Acht de minister het uitgesloten, gelet op de huidige zorg, dat de vraag om euthanasie mede ingegeven wordt door de omstandigheden in de verzorging en andere sociale omstandigheden?

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Ik acht het niet uitgesloten dat een patiënt een verzoek om euthanasie doet omdat hij angst heeft voor de toekomst, maar ik ben er wel van overtuigd dat een arts daar niet op in zal gaan als dat de enige reden is.



## Borst-Eilers

Daar is ook uitvoerige regelgeving en jurisprudentie voor. Een arts zal een verzoek om euthanasie wegen en bezien of dat werkelijk te maken heeft met ondraaglijk lijden waarvan hij zegt dat ook zijn grenzen zijn bereikt, maar niet omdat men zegt zo bang te zijn voor dit of dat.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat dit de enige reden zal zijn voor dat verzoek, lijkt mij ook vrijwel uitgesloten, maar is de minister niet van mening dat wij eerst het maximale moeten doen om de omstandigheden waarin iemand verkeert, en die toch mede reden kunnen zijn voor een verzoek om euthanasie, te optimaliseren alvorens over te gaan tot verruiming van de mogelijkheden tot euthanasie?

Minister **Borst-Eilers**: De heer Van der Vlies sprak gisteren ook over de relatie tussen palliatieve zorg en euthanasie. Het zal bekend zijn dat ik er met alles naar streef om de kwaliteit en de bereikbaarheid van de palliatieve zorg in Nederland zo goed mogelijk te maken en waar die nog niet optimaal zijn te optimaliseren, maar ik blijf die regelrechte relatie die men steeds maar legt tussen goede palliatieve zorg en dus minder euthanasie, eerst het een doen en dan pas het ander toelaten, afwijzen. Niet alleen uit alle onderzoeken maar ook uit persoonlijke waarneming blijkt dat de vraag om euthanasie alles te maken heeft met werkelijk ondraaglijk, ook lichamelijk lijden – dat doet zich met name voor bij bepaald vormen van kanker – en dat allerlaatste ontluisterende proces dat men niet meer door wil gaan, dat men klaar is om nu te sterven en niet nog een week in die ellende wil doorbrengen. Dat is toch een heel ander verhaal dan palliatieve zorg, want hoe goed die ook is, het kan bij lange na niet alle verzoeken om euthanasie wegnemen.

Mevrouw **Dankers** (CDA): Dat laatste ben ik met u eens. Toch proef ik een tegenstelling: u begint over zelfbeschikking, dus dat mensen kunnen kiezen voor de manier waarop zij willen sterven, terwijl u zojuist zei dat ervoor moet worden gezorgd dat dit niet kan. Ik snap dit niet en vraag u om hierop in te gaan. In de praktijk kom je juist het omgekeerde tegen: mensen die het heel moeilijk hebben, krijgen regelmatig te weinig goede palliatieve zorg. Ik vraag u om een

onderbouwing van uw stelling dat er geen directe relatie is en dat de palliatieve zorg verzekerd is in de instellingen waar het probleem zich voordoet.

Minister **Borst-Eilers**: De kennis van palliatieve zorg in Nederland groeit nog steeds. Zoals ik u vaak schriftelijk en mondeling heb meegedeeld, vind ik dat onze expertise nog steeds niet optimaal is, maar op de plaatsen waar palliatieve zorg verleend wordt, gebeurt dit heel goed; ik heb dat met eigen ogen gezien. Er zijn echter nog plekken in Nederland waar men een dergelijke expertise nog niet voldoende in huis heeft. Daarom vind ik bij euthanasie de consultatie vooraf ook zo belangrijk. De consulenten zijn op de hoogte van wat goede palliatieve zorg is en weten waar je die kunt krijgen. Zij kunnen de expertise heel snel doen groeien, ook bij huisartsen die palliatieve zorg moeten verlenen. De consultatie vooraf is echt een kwaliteitsverbetering bij de besluitvorming rond euthanasie.

Mevrouw **Dankers** (CDA): In 1996 vond het laatste debat hierover plaats. U zei toen dat alles binnen twee jaar op orde zou zijn, maar daar is geen sprake van. Het is niet genoeg om te zeggen dat de kennis elke dag toeneemt.

Minister **Borst-Eilers**: Ik schaam mij niet voor de kennis die wij op dit moment in Nederland over de palliatieve zorg hebben. Voor alle aspecten van de zorg en de geneeskunde geldt dat er altijd hoeken en plekken in het land zijn waar artsen de ontwikkelingen niet hebben meegemaakt. Het is hun verantwoordelijkheid om hiervoor zorg te dragen, maar dat doen zij niet altijd en daarmee schieten zij tekort. Dat is heel betreurenswaardig, maar geen gevolg van slecht beleid. Nogmaals, de consulenten leveren een geweldige bijdrage.

Nog enkele ander aspecten van medische ethiek. Verschillende Kamerleden hebben vragen gesteld over gelden voor de ontwikkeling van alternatieven voor dierproeven. Uit de schriftelijke antwoorden hebt u kunnen opmaken dat binnen de begroting voor volgend jaar een bedrag van 1 mln. is gereserveerd. Dat bedrag loopt op in 2001 en 2002; in 2003 is sprake van 1,5 mln. Daarbovenop komt in 2000 ook een

bedrag voor evaluatieonderzoek naar de impact van de tijdelijke intensivering van 1 mln. extra, vier jaar lang. De heer Rouvoet vroeg waarom de beëindiging plaatsvindt voordat de evaluatie is uitgevoerd. De intensivering van vier keer 1 mln. was tijdelijk bedoeld; daarna zou een evaluatie van de effecten komen. Natuurlijk kan die evaluatie pas naderhand worden gestart. Zij vindt dus in 2000 plaats. Ik vraag de Kamer om tijd voor de evaluatie van de effecten van de ingezette middelen. Ik zeg de Kamer toe dat ik, in overleg met de collega's van OCW, VROM en LNV, een nieuwe meerjarige financiële inzet op dit dossier zal bepalen. De hoogte daarvan zal van de evaluatie afhangen. Ik proef dat de Kamer wenst dat het bedrag eerder omhoog dan omlaag gaat en zal daar zeker rekening mee houden.

De heer **Rouvoet** (RPF): Voorzitter! De minister spreekt nadrukkelijk van een tijdelijke verhoging van het budget, maar ik wijs erop dat de motie die hiertoe is aangenomen, helemaal niet spreekt van tijdelijkheid; het was gewoon een wens van de Kamer om het bedrag te verhogen. Het kabinet heeft dit voor vier jaar gedaan. Maar ik herinner de minister ook aan een toezegging van het kabinet in de Eerste Kamer, bij de behandeling van de Wet op de dierproeven: toen werd gesteld dat bij de activiteiten van het platform, dus de huidige initiatieven, geen hiaten zouden mogen ontstaan als gevolg van de evaluatie. Dit is toegezegd door de voormalige staatssecretaris Terpstra. Nu de evaluatie niet naar voren is gehaald, zal die extra bijdrage moeten doorlopen.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zal mij in deze toezegging verdiepen en ik kom er dan in tweede termijn op terug.

Voorzitter! Ik ben blij dat het patiëntenbeleid gisteren aan de orde is gesteld. Mevrouw Van Vliet, mevrouw Dankers en de heer Van der Vlies hebben erop gewezen dat patiënten – tegenwoordig ook wel consumenten genoemd – een kwalitatief goede inbreng kunnen leveren aan de afspraken die over de zorg in de regio worden gemaakt. Er is gevraagd hoe de verdere professionalisering van de patiëntenorganisaties kan worden gerealiseerd en of deze organisaties voldoende zijn toegerust om volwaardig deel te

## Borst-Eilers

kunnen nemen aan het opstellen van een regiovisie.

De staatssecretaris en ik zijn van mening dat het zaak is de patiëntenbeweging op regionaal niveau te versterken. De stem van de patiënt moet worden gehoord als de vraag aan de orde is hoe de zorg moet worden georganiseerd en wat de prioriteiten zijn. De voorwaarden moeten worden geschapen om die inbreng stevig te laten zijn. Een concrete mogelijkheid is het aanbieden van cursussen vergader-techniek. Het is immers een kunst om in een vergadering je zin te krijgen. Verder kan er hulp worden geboden bij het opstellen van een standpunt en moet overwogen worden om een parttime staf-functionaris te leveren die de administratieve rompslomp voor zijn rekening kan nemen. Dat is nodig, omdat de leden van de platforms dikwijls vrijwilligers zijn die enige beperkingen hebben, omdat zij patiënt zijn. Door dergelijke gerichte ondersteuning kunnen wij ervoor zorgen dat de vrijwilligers mondige vrijwilligers worden.

De Nederlandse patiënten-consumentenfederatie heeft in het kader van de meerjarenafspraken plannen ingediend om een en ander uit te werken binnen de cure en binnen de sector verpleging en verzorging. De verzoeken die zij hebben gedaan, zijn inmiddels gehonoreerd. Binnen de middelen, beschikbaar voor de sector cure, is hiervoor 4,2 mln. vrijgemaakt. Bij de sector care gaat het om een bedrag van 4,5 mln. Ik kan de Kamer ook een positieve ontwikkeling bij de GGZ melden. De instellingen die onder de GGZ ressorteren, reserveren een percentage van hun budget voor het kwaliteitsonderzoek ten behoeve van het patiëntenperspectief en de kwaliteitsverbetering. Dit is een mooi voorbeeld dat zeker navolging verdient.

De provincies zijn verantwoordelijk voor het faciliteren van patiënten-consumenten op regionaal niveau. Tot mijn vreugde kan ik mededelen dat diverse provincies hier een actief beleid voeren.

Mevrouw Van Vliet merkte op dat het patiëntenbeleid op het ministerie onder verschillende directies ressorteert en dat het moeilijk is om dwarsverbanden te leggen. Patiënten weten vaak niet bij welke directie zij precies moeten aankloppen en wat het juiste aanspreekpunt is. Wij

hebben al geconstateerd dat een en ander niet altijd even duidelijk is en daarom zijn wij overgaan tot het instellen van een regulier overleg patiënten-consumenten, het zogenaamde ROPC. Dit overleg moet het patiënten mogelijk maken om onderwerpen bij het ministerie aan de orde te stellen die meerdere directies betreffen of die niet in een bilateraal overleg met een directie kunnen worden opgelost. Dit overleg vindt, onder leiding van de directeur gezondheidsbeleid, driemaal per jaar plaats. De bekendheid bij de patiënten-consumenten is nog niet groot genoeg, mede omdat het overleg pas kortgeleden is opgestart. Ik zal de NPCF vragen, er alles aan te doen om dit overleg bredere bekendheid te geven.

Naar aanleiding van het werk van de nationale commissie chronisch zieken wordt onderzocht hoe meer vorm en inhoud kan worden gegeven aan een integraal beleid gericht op de zorgvragers. Wij streven hierbij naar een betere onderlinge afstemming en samenwerking binnen het beleid dat wordt ontwikkeld voor chronisch zieken, ouderen, gehandicapten en cliënten van de GGZ. Ik hoop hierover meer te kunnen mededelen in de nota over het patiëntenbeleid die begin volgend naar de Kamer zal worden gestuurd.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Kan de minister garanderen dat met een paar jaar ondersteuning de regionale platforms goed in staat zijn om een positie te hebben in de onderhandelingen in het circuit van zorg-verzekeraars, instellingen, enz.? Daarover maken wij ons zorgen.

Minister **Borst-Eilers**: Het is mogelijk dat dit wordt bereikt. Ik ben niet zo gesteld op garanderen. In ieder overleg met het IPO wordt hierover gesproken. Ik ben er heel positief over. Ik zeg toe dat wij het goed in de gaten zullen houden.

Voorzitter! Ik kom te spreken over de preventie. Allereerst iets over de misschien wel grootste opgave van onze tijd: gezond oud worden. De heer Oudkerk is daarop vrij uitvoerig ingegaan en hij sprak met name over de gevolgen van de vergrijzing. Hij pleitte voor preventie van de vijf bedreigende ouderdomsziekten: hart- en vaatziekten, diabetes, gewrichtsaandoeningen, oogziekten en depressie. Ik ben het helemaal met

hem eens: vroege diagnostiek bij deze aandoeningen zou een boel ellende kunnen voorkomen. Veel symptomen worden in de beginfase ten onrechte weggewuifd door de betrokkenen zelf of door de familie. Er wordt dan gezegd: er is toch niets meer aan te doen op die leeftijd. Dat is vaak niet waar. Vroege opsporing is zinvol. Hoe pakken wij dat aan? Voordat ik daarop inga, wil ik duidelijk maken dat er wel al het een en ander is gebeurd. Wij staan hier niet voor een blanco onderwerp. Er is het een en ander gebeurd vanuit een drietal invalshoeken. 1. Het stimuleren van initiatieven om de doelmatigheid van die zorg te vergroten. 2. Het verkrijgen van meer inzicht door wetenschappelijk onderzoek. 3. Het stimuleren van initiatieven die de gezondheid van ouderen verbeteren. In het kader van de doelmatigheid noem ik twee voorbeelden. Op het terrein van de diabetes zijn goede ervaringen opgedaan met vroegtijdige opsporing en transmurale zorg. Er is een speciale subsidieregeling om ergotherapie thuis te verlenen, waardoor opname in een verpleeghuis lange tijd kan worden uitgesteld. Het gaat dan om de zogenaamde enkelvoudige extramurale ergotherapie (EEE). Pilots hebben uitgewezen dat je in 17% van de gevallen dat kunt gebruiken als substitutie voor intramurale ergotherapie. Het wordt gestimuleerd om dat zoveel mogelijk toe te passen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Is de extramurale ergotherapie een verstrekkende geworden? Het was een subsidieregeling.

Minister **Borst-Eilers**: Ik weet niet of het al een verstrekkende is. Ik geef hierop in tweede termijn een antwoord.

Voorzitter! Het wetenschappelijk onderzoek naar ouderen is geïntensiveerd. Het MWO-programma chronisch zieken is daarvan een mooi voorbeeld. Ik heb daarvoor 37 mln. beschikbaar gesteld. Dat is veel in onderzoeksland. Het richt zich onder meer op het beloop van een aantal belangrijke ouderdomsziekten, gewrichtsaandoeningen en diabetes. Het heeft ook belangrijke inzichten opgeleverd die het welbevinden van ouderen kunnen beïnvloeden. Ik denk aan pijnbestrijding die aangepast is aan de oudere leeftijd en niet

## Borst-Eilers

zodanige bijwerkingen heeft dat ze ernstiger zijn dan de kwaal.

Wij besteden ruime aandacht aan de gezonde leefstijl. Ouderen en bewegen is een zeer bekend begrip. Ook hier onderzoek en ontwikkeling. In het nieuwe programma Gezond leven en het al langer lopende preventieprogramma van ZON wordt daaraan veel aandacht besteed. Er zijn 30 projecten gefinancierd die betrekking hebben op dit onderwerp. Er wordt aandacht besteed aan vernieuwend preventieonderzoek en aan de effectiviteit van bestaende of nieuwe preventiemaatregelen. Het gaat steeds om het voorkomen of opsporen van die bekende vijf groepen van aandoeningen. Hoe kunnen wij een systeem opzetten van vroege diagnostiek van bedreigende ouderdomsziekten? Ik heb hierover enige keren gesproken met een hoogleraar geriatrie, prof. Duursma. Hij is een collega van prof. Ligthart die in Buitenhof optrad. Prof. Duursma is het ten principale helemaal met zijn collega eens, maar hij stelt een andere uitvoering voor. Hij wil niet iets nieuws creëren, maar meer aansluiten bij bestaande structuren. Ook wil hij de centrale positie van de huisarts intact laten. Tegelijkertijd is het de bedoeling dat de huisarts ontlast wordt op het punt van het zeer tijdrovende onderzoek van hoogbejaarden met meerdere problemen.

Zijn gedachte is dat de eerste signalering van mogelijk medische problemen kan geschieden door vrijwillige ouderenadviseurs. Zij zullen aanvullend worden getraind gedurende tien dagdelen. In enkele gemeenten is hiermee ervaring opgedaan en gebleken is dat deze mensen goed in staat zijn om actief de eerste tekenen van ziekte op te sporen tijdens hun bezoek aan de oudere zodat het contact met de huisarts kan worden bevorderd. Uiteraard moet die oudere persoon daartoe bereid zijn, maar dit kan tactvol gearrangeerd worden. Als de huisarts meent dat nader onderzoek nodig is, moet hij de patiënt verwijzen naar een bepaald adres. Dit hoeft geen consultatiebureau te zijn. Het kan een polikliniek zijn waar een arts en een geriatrisch verpleegkundige beoordelend onderzoek verrichten. Zo'n polikliniek kan verbonden zijn aan een van de verpleeghuizen in de regio. Op deze wijze wordt gebruik gemaakt van een bestaande voorziening. De poli kan

worden bemenst door een verpleeghuisarts, waarvan wij er in Nederland bijna duizend hebben, en een geriatrisch verpleegkundige. In Nederland zijn er 250 geriatrisch verpleegkundigen die klinisch gerieters bij hun werk ondersteunen. Als tijdens het onderzoek iets wordt gevonden, wordt naar de huisarts teruggekoppeld zodat deze eventueel de begeleidende behandeling kan overnemen. Als een ingewikkeld probleem wordt geconstateerd, belandt men bij de afdeling geriatrie. Wij kennen een structuur waarin 27 gezondheidsregio's een soort gaas spannen. Zij beschikken ieder over 24 bedden en worden ondersteund door een of twee klinisch gerieters. Deze gedachte ligt dicht tegen die van prof. Ligthart aan. Het is ons voornemen, nader te verkennen of een dergelijke aanpak mogelijk is, waarna wij hierop bij de Kamer terugkomen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): In hoeverre krijgen de bestaande stichtingen hierin een plaats? Er bestaat al erg veel op dit punt. Sommige gemeenten laten bevolkingsgroepen boven een bepaalde leeftijd door de GG en GD een bezoek brengen.

Minister **Borst-Eilers**: Dit is een belangrijk punt. Als je hiervoor een structuur wilt aanleggen, moet eerst een inventarisatie van de bestaande zorg op dit punt worden gedaan. De gemeente Bunnik heeft de aanpak met ouderenadviseurs uitgeprobeerd. Alleen vond daar direct een verwijzing naar de geriatrie plaats omdat een tussenstation ontbrak. Deze aanpak is in Bunnik in overleg met de ouderenbonden aldaar opgezet en die waren daar enthousiast over.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): In het laatste periodiek van het ministerie stond het een en ander over de gemeenten. Sluit dit voorstel daarbij aan?

Minister **Borst-Eilers**: De crux ligt in het bezoek door iemand die voldoende kennis van zaken heeft om via gerichte vragen te ontdekken of er iets is met bijvoorbeeld het gehoor, het gezichtsvermogen, het hart, enz. Ik hoef u niet te vertellen via welke vragen je erachter kunt komen of er misschien iets aan de hand is. Vervolgens is dan weer even

de huisarts in beeld. Dat is de gedachte, maar je kunt het op verschillende manieren organiseren.

Mevrouw **Kant** (SP): De manier waarop de minister het nu invult, is in ieder geval beter dan niets. Ik ben er sterk vóór, maar ik vind dat zij toch iets te gemakkelijk het voorstel over het consultatiebureau van tafel veegt. Ik pleit er niet voor, opnieuw het wiel uit te vinden. Nee, het is het wiel dat wij voor iets anders hebben uitgevonden. Het wiel dat wij voor kinderen hebben uitgevonden, passen wij toe op een andere groep. Aan de consultatiebureaus zijn twee voordelen verbonden. Het eerste voordeel is dat het dicht bij de ouderen in de wijk staat en daarom laagdrempelig is. Het tweede voordeel is dat het een soort "voorpoort" voor het medische circuit is. Dat is net als bij de huisarts. Naar de huisarts ga je echter als je ziek bent. Het mooie van het consultatiebureau is dat je daar ook naartoe gaat voor preventie. Waarom zouden deze voordelen niet opwegen tegen de optie die de minister kiest?

Minister **Borst-Eilers**: Het begint met het allereerste vermoeden. Men kan zeggen dat het consultatiebureau laagdrempelig en dicht bij huis is. In huis is echter het meest dichtbij. Om het te combineren met bestaande of nog te ontwikkelen systemen van huisbezoeken lijkt mij heel efficiënt. Vervolgens moet er een beoordelend onderzoek plaatsvinden. Daar komt natuurlijk iets bij kijken. Het gaat dan om suikerziekte, hart- en vaatziekten, het gehoor, het gezichtsvermogen, enz. In een verpleeghuis zijn alle faciliteiten voor een dergelijk onderzoek aanwezig. In een consultatiebureau voor zuigelingen zijn die er niet allemaal. Je moet die daar dan inbrengen. Ik zeg nogmaals dat wij in het stadium van de gedachteontwikkeling zijn. Door het programma Buitenhof is het even wat meer naar boven gehaald. Er is nog geen sprake van dat ik al kan zeggen dat het een zoveel kost en het ander meer of minder. Wij moeten met al die geriatrie-geleerden, huisartsen enz. maar eens rond de tafel gaan zitten om te bekijken wat de meest redelijke weg is. Ik werp een schuin oog op de kosten, maar ook op de laagdrempeligheid, dus de makkelijke toegankelijkheid. Als je gebruik maakt van

## Borst-Eilers

bestaande voorzieningen, ben je ook zo efficiënt mogelijk bezig in het benutten van het personeel.

Mevrouw **Kant** (SP): Als ik het goed begrijp, is de optie van "het consultatiebureau voor ouderen" – wij zien nog wel of wij het zo moeten noemen – niet van tafel. Is dat juist?

Minister **Borst-Eilers**: Nee, er ligt nog geen voorstel. Bovendien is het ook een verantwoordelijkheid van de staatssecretaris, die verantwoordelijk is voor de ouderenzorg in bredere zin. Nu gaat het even om een medisch verhaal. Omdat het ons beider portefeuille raakt, moeten wij samen tot een goede oplossing komen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ook wij zijn nog in het stadium van de gedachtevorming. Wij komen er dan ook bij de zorgnota op terug. Ik hoor de minister twee keer zeggen dat het op een gegeven moment toch weer teruggaat naar de huisarts. Op zichzelf is dat terecht, maar juist gezien de burn-out en dergelijke, ligt er wel een moeilijkheid. Het is namelijk een schakel die zegt: wij willen dat niet ook nog op ons bordje hebben. Wil de minister hiermee rekening houden bij de uitwerking van haar plannen?

Minister **Borst-Eilers**: Dat zal ik zeker doen. Je moet het de huisarts ook niet aandoen om hem of haar het eerste geriatrisch beoordelingsonderzoek te laten doen. Dat kost immers een paar uur van een arts en ook nog eens twee uur van een verpleegkundige. Het tempo waarin het gebeurt, is natuurlijk niet al te hoog. Je moet de mensen namelijk op hun gemak stellen. Je moet het rustig en grondig doen. De huisarts kan dat er echt niet allemaal bij doen. Hij moet wel de conclusie horen.

Mevrouw **Dankers** (CDA): Kan de minister bevestigen dat je met ouderen op een andere manier moet omgaan, niet vanwege de overbelasting van huisartsen, maar juist vanwege de vroegtijdige opsporing? Kan zij ook bevestigen dat de praktijkondersteuning hierin een heel goede rol vervult?

Minister **Borst-Eilers**: Zeker. Praktijkondersteuning is ook heel belangrijk bij de oudere patiënten die

gewoon spontaan naar de huisarts gaan. Ook dan is het belangrijk dat er een verpleegkundige aanwezig is die een deel van de taken, zoals het afnemen van een anamnese, uit handen kan nemen. Een verpleegkundige kan op een gegeven moment ook een eenvoudig functieonderzoek van de zintuigen doen. Zo ingewikkeld is dat allemaal niet.

De heer Oudkerk en de heer Van der Vlies hebben gesproken over hepatitis B en hebben gevraagd naar de verplichte vaccinatie. Ik vind het niet acceptabel dat patiënten tijdens een behandeling in het ziekenhuis een risico lopen op een besmetting met hepatitis B door een hulpverlener, ook niet van een andere ziekte, maar hepatitis B kan een heel ernstige ziekte zijn. Het huidige vaccinatiebeleid is eigenlijk vooral gericht op de bescherming van de werknemer en dat ligt weer vast in de Arbo-wet. Die wordt kennelijk onvoldoende nageleefd, want niet alle hulpverleners die in aanmerking komen, zijn gevaccineerd. Ik ben dan ook van mening dat wij in dezen strengere maatregelen moeten nemen.

Het belang van de patiënt staat natuurlijk voorop, ook in het drama in Veghel. Er moet echter bij het uitwerken van die maatregel grote zorgvuldigheid betracht worden, gezien de ver strekkende gevolgen die het voor betrokkenen kan hebben. Ik wil daarom de Gezondheidsraad vragen te adviseren over de medische, ethische en juridische aspecten van het te voeren beleid en over de vraag, tot welke beroepen de maatregelen zich moeten uitstrekken. De heer Oudkerk heeft daarvan gisteren een hele reeks opgesomd. Ik zal de Gezondheidsraad ook vragen mij nader te adviseren over het te voeren beleid bij mensen die zich niet willen beschermen door vaccinatie of dat niet kunnen, want je hebt immers de zogenaamde niet-reageerders.

Ik ben het overigens eens met de heer Oudkerk en met de heer Van der Vlies dat een vergunningstelsel, waarbij dus gezegd wordt dat iemand alleen dat werk mag doen indien hij gevaccineerd is, meer voor de hand ligt dan een wettelijke vaccinatieverplichting. Wij hebben immers in ons land altijd de mogelijkheid dat iemand zich

daaraan kan onttrekken vanwege gewetensbezwaren.

Ik zal de Gezondheidsraad ook vragen of het regelmatig testen op hepatitis een alternatief zou kunnen zijn voor vaccinatie. Het lijkt mij verstandig het aan dat gezelschap te vragen, omdat het diep steekt vanwege het feit dat het niet alleen medische maar, nogmaals, ook ethische en juridische aspecten heeft.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het lijkt mij goed dat daarmee zorgvuldig wordt omgegaan en dat advies wordt gevraagd. De minister heeft een zekere voorkeur voor een vergunningsstelsel. Voor mensen die zich om principiële redenen niet kunnen laten vaccineren, zou dat ertoe kunnen leiden dat zij daar niet kunnen gaan werken. Sluit dat zo'n categorie uit voor de totale gezondheidszorg, of gaat het alleen om bepaalde afdelingen en bepaalde verrichtingen? Dat moet wel geëxpliciteerd worden. Het zou mij namelijk zeer spijten als het de facto tot een zekere uitsluiting in de rustige zin des woords zou leiden.

Minister **Borst-Eilers**: De heer Oudkerk heeft gisteren al gezegd, dat het gaat om al die handelingen aan patiënten waarbij bloed-bloedcontact tot stand kan komen. Dat kun je dus beperken. Voor een chirurg ligt het hart van zijn werk in de operatiekamer, dus zou het voor een chirurg toch wel een dramatische uitsluiting zijn. Ik vind dat wij eigenlijk niet moeten wachten totdat iemand chirurg is. Bij het begin van de opleiding zou al op die vaccinatie moeten worden aangedrongen. Je kunt het namelijk ook buiten de gezondheidszorg heel goed oplossen. Bovendien moeten die mensen misschien getest worden op dragerschap. Als iemand chirurg wil worden en al drager is van hepatitis B, kan hij echt beter een andere richting in de geneeskunde kiezen. Die zijn er gelukkig ten over.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik ben blij met deze lijn van de minister. Er ligt ook nog een probleem op het terrein van de piercing. Is de minister van plan om aan die verordeningen die nu in Amsterdam heel goed lijken te werken, een landelijke uitbreiding te geven?

Minister **Borst-Eilers**: Over het onderwerp piercing heb ik vragen





Mevrouw Hermann (GroenLinks)

van mevrouw Hermann beantwoord. Op 22 juli had zij die vragen gesteld. Ik heb toen aangegeven, dat de Wet collectieve preventie volksgezondheid bij de gemeenten de taak legt van het bevorderen van de hygiëne en de bestrijding van infectieziekten, zoals de heer Oudkerk ongetwijfeld weet. De stuurgroep basistaken collectieve preventie heeft mij geadviseerd ook wettelijk vast te leggen, dat gemeenten tot taak hebben daarvoor verordeningen op te stellen, waarin ook eisen worden gesteld voor de technische hygiëne voor tatoeërings- en piercingsstudio's. Eigenlijk kun je zeggen, dat de gemeente Amsterdam met haar aanpak vooruitloopt op wat de stuurgroep adviseert. Deze lijn spreekt mij zeer aan. Ik beraad mij op het ogenblik op een standpuntbepaling naar aanleiding van het advies van de stuurgroep. Ik ga nog na wat de financiële en juridische consequenties zijn.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Maar ik begrijp dat dat standpunt ons snel zal bereiken.

Minister **Borst-Eilers**: Ja. Het wordt weer de tijd van de kerstklokjes en dan wordt er opnieuw gepiercet.

Voorzitter! Ik heb nog twee onderwerpen te behandelen: overgewicht en jeugdgezondheidszorg. Mevrouw Van Vlies sprak over

het overgewicht dat in Nederland een groeiend probleem is. De verbetering van de gezondheidstoestand van jeugdigen is een van de speerpunten van het preventiebeleid. Er is een nota "Nederland goed gevoed?". In het actieprogramma bij die nota is gewezen op de noodzaak van het opzetten van speciale projecten, gericht op voeding en jeugdigen. Het actieprogramma, gericht op jeugdigen, bevat overigens veel meer activiteiten dan die in verband met het bekende "jeugd in beweging". Bij de projecten gericht op alle jeugdigen gaat het ook om het voorkomen van overgewicht. Het gaat dan dus niet om de behandeling van jeugdigen die al overgewicht hebben. Dat laatste heeft weer de aandacht van de curatieve zorg.

Ik ben het eens met mevrouw Van Vliet dat je de consultatiebureaus bij de preventieve jeugdgezondheidszorg expliciet een rol zou moeten toedelen bij de vroegtijdige opsporing van dikke baby's. Hoe eerder je erbij bent, des te beter. Je moet de moeder in een heel vroeg stadium advies kunnen geven als zij geen verstandig voedingspatroon voor het kind heeft en haar dan kunnen zeggen dat zij in het belang van de gezondheid van het kind anders moet handelen. Ik ben bereid om in te gaan op het verzoek van de D66-fractie om een inventarisatie uit

te voeren van projecten die voorlichting en hulp geven aan jeugdigen met overgewicht en obesitas.

Voorzitter! Mevrouw Hermann heeft een vraag gesteld over de versterking van de preventieve zorg voor jeugdigen en mevrouw Kant heeft een vraag gesteld over de positie van de consultatiebureaus. Het beleid is erop gericht, de zorg zodanig aan te bieden, dat de groepen met de hoogste risico's op gezondheidsschade ook de meeste zorg ontvangen. Daarom is het echt nodig, de preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen te versterken. De accenten liggen daarbij weer op de bekende begrippen: samenhang, afstemming en samenwerking. Zoals men weet, is ervoor gekozen de jeugdgezondheidszorg zodanig te positioneren dat die onder de gemeentelijke regie valt. Uitgangspunt is dat het consultatiebureau daarbinnen een noodzakelijke preventiefunctie vervult.

In de beleidsnotitie over de positionering van de ouder- en kindzorg, de notitie die de staatssecretaris de Kamer heeft toegezegd, zal de positie van de consultatiebureaus uiteraard aan de orde komen. Ik heb begrepen dat de staatssecretaris zeer binnenkort nog advies krijgt van de sectie jeugdgezondheidszorg en verder een rapport van het college voor zorgverzekeringen. Op dit moment is nog niet aan te geven of een extra financiële impuls noodzakelijk is, maar het gaat hierbij om iets wat prioriteit heeft. Dat zal de Kamer de komende tijd ook nog van de staatssecretaris te horen krijgen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter! Wil de minister nog reageren op de opmerkingen over het verhoogde overlijdensrisico bij Turkse en Marokkaanse kinderen tussen 0 en 15 jaar?

Minister **Borst-Eilers**: Dat heeft verschillende aspecten. Het is een zorgelijk punt. Vorig jaar is hierop al gewezen door het staatstoezicht. Veel Turkse en Marokkaanse medeburgers vinden nog onvoldoende de weg naar onze gezondheidszorg. Eigenlijk begint het probleem al voor de geboorte. Men heeft in dat verband vaak de gebruiken van de eigen cultuur en men roept onvoldoende professionele hulp in. De verschillende beroepsgroepen, de huisartsen

## Borst-Eilers

en de verloskundigen, stellen zich actief op en vertellen wat er op dit punt in Nederland aangeboden kan worden, wat gebruikelijk is en wat ook in het belang van de kinderen is. Ook de GGD kan een belangrijke rol spelen. De vaccinatiegraad is bij kinderen van deze bevolkingsgroepen lager dan bij autochtone kinderen. In het algemeen geldt dat er een verschil is tussen de Nederlandse en bijvoorbeeld de Turkse situatie. Hoe houd je hier een kind gezond? Ik noem maar even de zon, de vitamine D, rachitis. Hier moet je kinderen af en toe aan het zonlicht blootstellen, maar in Marokko en Turkije moet je proberen ze daar zoveel mogelijk uit te houden.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! Ik heb gisteren een vraag gesteld over het effect van armoede op kinderen en de rol van de jeugdgezondheidszorg. De minister antwoordt dat het opsporen van armoedesituaties geen primaire taak is van de jeugdgezondheidszorg. Op het moment dat een jeugdarts, een schoolarts, constateert dat er gezondheidsproblemen ontstaan bij het kind, als gevolg van tekorten door armoede in het gezin, dan neem ik aan dat daar een actie uit voortvloeit.

Minister **Borst-Eilers**: Ja, de staatssecretaris zal wat dat betreft meedelen – dat hoor ik zelf ook steeds van haar – dat het beleid is gericht op het samenwerken van de verschillende partijen. Uiteraard moeten deze ook signalen doorgeven aan elkaar, want het heeft geen zin om ervoor te zorgen dat alles wordt gesignaleerd als daar vervolgens niets mee gebeurt.

Voorzitter! Dit was mijn inbreng in eerste termijn.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

□

De **voorzitter**: Mij heeft het verzoek bereikt van mevrouw Giskes om het verslag van het algemeen overleg van de vaste commissie voor Financiën over het BTW-tarief arbeidsintensieve diensten nog vandaag op de agenda te plaatsen. Ik beschouw dit eigenlijk als een verzoek om een regeling van werkzaamheden op een ander tijdstip

dan is geëigend. Alle fracties zijn er vanochtend over ingelicht dat dit zou kunnen gebeuren. Mede daarom stel ik voor, het verslag van dit algemeen overleg vóór de middagpauze af te handelen, zodat wij direct na de middagpauze kunnen stemmen over een in te dienen motie, want ik neem aan dat dit de bedoeling is. Anders moet iedereen de gehele dag in huis blijven. Dat lijkt mij niet de beste oplossing.

Mevrouw **Voûte-Droste** (VVD): Voorzitter! Is het mogelijk om na het tweeminutendebatje meteen te stemmen?

De **voorzitter**: Dat heb ik onderzocht, maar het probleem is dat een aantal fracties eerst wil bezien wat zij met de motie doen. Daar moet ik gehoor aan geven. Dit is overigens vanochtend om ongeveer 10.30 uur al aan de fracties meegedeeld. Ik ga ervan uit dat men daarbij blijft, tenzij elke fractie nu aangeeft dat dit niet hoeft.

Mevrouw **Giskes** (D66): Voorzitter! Het is mij een beetje om het even, maar misschien kan mevrouw Voûte toelichten waarom zij dit vraagt.

Mevrouw **Voûte-Droste** (VVD): Voor een aantal van ons is het met het oog op de agenda heel interessant om direct na afloop van dit debatje te stemmen. Voor mijn fractie is het overigens duidelijk.

De heer **Kuijper** (PvdA): Voorzitter! Wij hebben geen behoefte aan een voortzetting van het algemeen overleg. Als D66 een andere mening is toegedaan, dan willen wij dat niet tegenhouden. Gelet op de druk op de agenda lijkt het echter een beetje zinloos.

De **voorzitter**: Daar gaat de discussie niet over. De discussie gaat over de vraag of er na het debat meteen kan worden gestemd. Hoe denkt u daarover? Ik ben er geïnteresseerd in hoe de fracties daarover denken.

De heer **De Haan** (CDA): Voorzitter! Het lijkt mij om technische redenen het beste de stemming na de lunchpauze te houden.

De **voorzitter**: Dat verzoek bereikte mij vanochtend. Daarom ben ik daarop ingegaan.

De heer **Kuijper** (PvdA): Ook wij geven er de voorkeur aan na de lunchpauze te stemmen.

De **voorzitter**: Mevrouw Voûte, het spijt mij.

Mevrouw **Voûte-Droste** (VVD): Voorzitter! Wij leggen ons bij uw beslissing neer.

De **voorzitter**: Na de middagpauze beginnen wij met de stemming. Daarna gaan wij verder met het antwoord van staatssecretaris Vliegthart.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is het debat naar aanleiding van een algemeen overleg van heden over **het verlaagd BTW-tarief op arbeidsintensieve diensten**.

□

Mevrouw **Giskes** (D66): Mevrouw de voorzitter! Al vele jaren is in deze Kamer de discussie aan de orde over het verlaagd BTW-tarief, waarbij het uitgangspunt is dat geprobeerd wordt, zeer arbeidsintensieve bezigheden dusdanig betaalbaar te maken voor de consument, dat de werkgelegenheid in de desbetreffende branches goed blijft. Voor D66 is altijd een argument erbij geweest, dat als je ook nog kunt bevorderen dat de duurzaamheid ermee gediend is, je twee vliegen in een klap kunt slaan. Vanuit die optiek hebben wij steeds naar deze kwestie gekeken. Wij zijn heel blij dat het er eindelijk van komt dat er met toestemming van Europa een experiment zal worden gehouden om een aantal branches in het verlaagde BTW-tarief onder te brengen. De discussie over de vraag om welke sectoren het hierbij precies zou moeten gaan, is eigenlijk nooit goed gevoerd. Het onderwerp is vele malen aan de orde geweest, met name in het kader van de Ecofin-raad. Daarbij was steeds de conclusie dat eerst wordt georganiseerd dat het überhaupt kan en dat later wel aan de orde zou komen wat Nederland gaat aanmelden. Helaas zijn wij nu op een heel laat moment in staat om middels een brief van beide bewindslieden van Financiën als Kamer over dit onderwerp daadwerkelijk te praten.